FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 22 Juillet 1909 à 1 heure

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

AMNÉSIES ASPHYXIQUES

PAR PENDAISON, STRANGULATION, SUBMERSION, ETC.

PAR

Jean Albert **MAINTENON**

Ancien externe des Hôpitaux

Président :	M. RAYMOND	*Professeurs*
Juges.	MM. THOINOT	*Professeurs*
	GILBERT-BALLET	*Professeurs*
	CLAUDE	*Agrégé*

PARIS

Librairie Médicale & Scientifique

Jules ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BROSSAUD. DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	DELBET. QUENU. RECLUS. SEGOND.
Clinique ophtalmologique	de LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. Ribemont-Dessaignes.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.
BALTHAZARD.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BRANCA.	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BEZANÇON (Fernand)	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRINDEAU.	DUVAL (Pierre).	LENORMANT.	PROUST.
BROCA (André).	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BRUMPT.	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
CARNOT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CASTAIGNE.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CLAUDE.	JOUSSET (André).	MORESTIN.	ZIMMERN.
	LABBE (Marcel).	MULON.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

I. — INTRODUCTION

En traitant ce sujet des amnésies asphyxiques, notre intention a été de montrer par des documents assemblés en aussi grand nombre que possible, qu'il survient quelquefois des troubles de la mémoire à la suite d'asphyxies. Asphyxies proprement dites, asphyxies mécaniques, que l'on ne devra point confondre avec « l'asphyxie par les gaz » mot impropre, que nous devrions, au dire de Brouardel, remplacer par celui « d'intoxication par les gaz » (1).

Nous avons par conséquent recherché et étudié un très grand nombre de faits où il y eut retour à la vie dans des cas d'attentats criminels, de tentatives de suicide, d'accidents survenus par hasard.

Nous avons pu ainsi recueillir un nombre assez considérable d'observations attachant une importance particulière à ces faits d'amnésie. Rapprochés les uns des autres ils prennent une plus grande importance. Sans doute, s'il les avait tous connus, Rouillard n'aurait pas, en 1885, écrit dans sa thèse : « quant à la pendaison, nous n'en parlerons pas ; elle est rarement suivie d'amnésie, lorsque le pendu ressuscite » (2).

(1) Brouardel. Pendaison, strangulation, suffocation et submersion. Page 1.

(2) Rouillard. Les amnésies, principalement au point de vue étiologique. Thèse de Paris, 1885.

Or, les cas d'amnésie survenant après la pendaison sont de beaucoup les plus nombreux.

Sollier se refuse à reconnaître l'existence d'une étiologie spéciale. Il veut tout ramener au traumatisme crânien ou au choc émotionnel : « Lorsque la strangulation a été volontaire, comme dans le suicide par pendaison, je ne crois pas que l'amnésie ait été signalée. Il n'en est pas de même dans le cas où la strangulation a été criminelle, et où l'amnésie est assez fréquente. L'amnésie peut s'expliquer alors par ce fait que le criminel a d'abord assommé sa victime en la frappant sur la tête, ce qui nous ramène à l'amnésie par traumatisme, ou bien, par suite de l'émotion violente produite par la terreur qui peut amener l'amnésie » (1).

Nous répondrons en citant des observations montrant l'amnésie survenue à la suite de pendaisons suicides.

Les médecins légistes ont bien souvent à ce sujet prononcé des paroles susceptibles d'attirer notre attention.

Voici un fait rapporté par Tardieu (2) : « Un homme s'était pendu après avoir tenté de tuer sa maîtresse. Transporté à l'hôpital Saint-Louis privé de sentiment, il y resta deux jours sans connaissance. Visité par moi le troisième jour, il portait au-devant du cou un sillon parcheminé profond ; il ne parlait qu'avec une extrême difficulté et d'une voix presque éteinte. *La mémoire était complètement perdue* ». (2)

(1) Sollier. Les troubles de la mémoire, page 190.

(2) Tardieu. Etude médico-légale sur la pendaison, la strangulation et la suffocation, page 14.

Plus loin, le même auteur, parlant « des symptômes, qui ne sont pas toujours sans gravité » présentés par les pendus après leur retour à la vie cite la *perte plus ou moins prolongée de la mémoire* (1).

Brouardel sur le même chapitre dit : « *Ils sont en général frappés d'amnésie et ne se souviennent de rien* » (2).

Puis, découvrant une partie de l'importance de cette question en médecine légale : « Enfin, et j'insiste sur ce symptôme, parce que le juge d'instruction a de la peine à y ajouter foi, *il y a de l'amnésie et même de l'amnésie rétrograde* (3).

Et tout d'abord, avant de traiter des maladies de la mémoire, il nous a semblé non seulement intéressant, mais indispensable d'étudier la mémoire elle-même, le mécanisme de sa production, les hypothèses et les probabilités de sa localisation ou de ses diverses localisations.

Nous n'avons pas jugé possible de nous expliquer les divers troubles de cette faculté si essentielle à l'entendement, sans la connaître elle-même dans ses diverses manifestations. Il n'est pas inutile de traiter de la physiologie de la mémoire, avant d'aborder l'étude de sa pathologie, pas plus qu'il n'est superflu de faire un exposé anatomique avant de traiter une question de physiologie.

Nous laisserons de côté l'étude de l'aphasie, nous contentant de mentionner cette affection assimilable à l'amnésie, dans les observations où elle viendra s'ajouter aux

(1) Tardieu. Ouvrage cité, p. 16.
(2) Brouardel. Ouvrage cité, p. 45.
(3) Brouardel. Ouvrage cité, p. 53.

autres manifestations pathologiques moins graves mais aussi pour nous plus intéressantes.

Puis, entrant directement dans notre sujet, nous nommerons les variétés d'asphyxies, toutes d'ordre mécanique que seules nous admettrons comme point de départ et causes des troubles observés.

Après avoir décrit à grands traits, sous la forme d'un schéma superposable au plus grand nombre des cas, la forme ordinaire de nos amnésies asphyxiques, nous aborderons le diagnostic et le pronostic.

Au chapitre pathogénie et dans la mesure très modeste de nos moyens, autant que peut nous le permettre la quantité assez minime d'éléments que nous avons pu nous procurer, nous traiterons la question si délicate, si difficile, parce que toute théorique, du mécanisme de la production des amnésies dans les conditions où nous nous sommes limités. Nous donnerons l'avis des principaux auteurs et nous ferons connaître à quelle théorie nous croyons devoir nous rallier.

En dernier lieu, nous envisagerons la question au point de vue médico-légal.

Enfin, dans une seconde partie de l'ouvrage, nous exposerons les observations que nous avons pu recueillir qui nous ont paru établir les faits d'amnésie asphyxique de la manière la plus nette, la plus indiscutable.

Beaucoup de ces observations sont allemandes. Nous n'avons pu en donner toutes les traductions, un seul travail de Wagner en contient dix-sept.

La seule observation d'asphyxie par submersion a été

publiée en Angleterre en 1845 et se rapporte à des faits qui se sont passés en 1843. Monsieur Ribot en donne un résumé dans son livre des maladies de la mémoire (1).

Cette observation est très longue, remplie de détails tous intéressants au point de vue clinique. Pour faciliter la tâche de ceux qui, après nous, voudront aller de l'avant dans ces questions si complexes de la mémoire et des amnésies, demandant aux conditions pathologiques le secret du fonctionnement normal du cerveau, nous donnons de cette longue observation une traduction très littérale.

(1) Ribot. Les maladies de la mémoire p. 69.

II.— GÉNÉRALITÉS

A.— De la mémoire.

La mémoire peut se définir très simplement. Le mécanisme de sa production se résume dans ces *deux conditions essentielles : conservation* et *reproduction*. Sans doute ces termes ont besoin d'être expliqués, mais le fait de les énoncer permet déjà de saisir ce qu'est en gros la mémoire sous ses deux aspects différents : *mémoire organique* et *mémoire intellectuelle* ; car il faut bien que l'on sache, qu'en dehors de ces deux catégories d'une même fonction, « il n'y a pas une mémoire mais des mémoires » (1) ce qui a permis de dire que « la mémoire est une fonction générale du système nerveux » (2).

Quant à la mémoire intellectuelle, la plus complexe, la seule consciente, la plus intéressante pour nous, « de l'avis de tout le monde, elle comprend trois choses : *la conservation de certains états*, *leur reproduction*, *leur localisation dans le passé* » (3).

D'après Dugald-Stewart, la mémoire se compose de deux facultés subordonnées : *la capacité de retenir les*

(1) Ribot. Les maladies de la mémoire, p. 11.
(2) Ribot. Ouvrage cité, p. 163.
(3) Ribot. Ouvrage cité, p. 2.

choses que nous avons apprises, et *le pouvoir de les rappeler à notre pensée*, lorsque l'occasion de les appliquer se présente.

Une autre faculté viendrait encore s'ajouter : *l'association des idées* (1).

Littré dit : « La mémoire est la faculté de rappeler les sensations ». (2) Cette définition ne fait pas mention de la conservation, sans laquelle la reproduction se trouve nécessairement impossible.

Pour *la localisation dans le temps*, dont Ribot fait une condition de la mémoire intellectuelle (3), c'est un perfectionnement, indispensable il faut bien en convenir à un fonctionnement parfait, mais on peut conserver et reproduire, sans pouvoir cependant localiser dans le passé.

La personnalité morale, l'expérience,n'est que la chaîne des souvenirs.

Toutes nos acquisitions intellectuelles s'unissent entre elles, toutes les impressions qui sont venues frapper nos cellules cérébrales ont été enregistrées et sont susceptibles d'être rappelées à un moment déterminé. Beaucoup sont à l'état latent et paraissent effacées, elles demeurent cependant et ne demandent pour réapparaître qu'une excitation provoquant un véritable déclanchement dont nous sommes étonnés. Et cela nous montre bien que si la reproduction est la forme sous laquelle se manifeste la

(1) Dugald-Stewart. Philosophie de l'esprit humain, t. I, page 299.
(2) Littré. *Dictionnaire de médecine*, article *mémoire*.
(3) Ribot. Des maladies de la mémoire, page 2.

mémoire, la conservation se trouve fatalement à la base même du phénomène.

En quoi consiste la conservation ?

Il semble que ce soit une modification une fois apportée à un élément nerveux et rendue persistante.

« Il est impossible de dire en quoi consiste cette modification. Ni le microscope, ni les réactifs, ni l'histologie, ni l'histochimie ne peuvent nous l'apprendre ; mais les faits et le raisonnement nous démontrent qu'elle a lieu. »(1)

« Mais alors, il doit venir un moment dans les progrès de ces acquisitions où toute la force d'accroissement dont nous disposons est nécessaire pour conserver ce que nous avons déjà acquis ; un moment où, en réalité, nous perdons d'un côté, autant que nous gagnons de l'autre. (2)

Non, disent certains auteurs, il n'y a pas de limites aux acquisitions mémoriales en dehors de l'état pathologique, il n'y a que difficulté ou impossibilité pour la seule volonté à les reproduire.

Cette affirmation, on doit en convenir ; est d'un contrôle impossible et si Ball a dit « la mémoire est une faculté qui ne perd rien et enregistre tout (3) » nous sommes amenés à croire que, quel que soit le nombre des cellules cérébrales, (600 millions d'après Meynert ou un chiffre beaucoup plus élevé d'après Lionel Beale) ce nombre ne saurait être comparé à la multitude des impressions ressentieschaque jour.

(1) Ribot. Ouvrage cité, p. 14.

(2) Bain. La philosophie scientifique en Angleterre. *Revue scientifique*, 1873, p. 247.

(3) Ball. Clinique de l'asile Sainte-Anne, 1884.

Ribot nous donne toutefois une explication satisfaisante. Chaque élément nerveux n'emmagasinerait qu'une *sensation élémentaire*, un fragment de sensation, capable, en s'associant avec d'autres, lors du phénomène de reproduction, de servir à plusieurs usages différents. Et la comparaison en a été faite avec une lettre de l'alphabet capable en écriture de contribuer à la formation de bien des mots.

Mais supposons qu'une lésion de l'écorce cérébrale vienne frapper le vieillard, qu'une dégénérescence des artères ou une embolie vienne supprimer la circulation dans une partie du cerveau, c'en est fait d'une partie de l'expérience, c'en est fait de l'intégrité du moi. Toutes les impressions recueillies par les éléments nerveux frappés de mort disparaissent fatalement.

Et alors se pose devant nous la question de la *localisation de la mémoire*.

Un grand nombre de philosophes ont considéré la mémoire comme une faculté une et entière par elle-même. Depuis longtemps déjà, on a fait justice de ces opinions.

Gall fut le premier qui combattit cette erreur, en donnant sa mémoire propre à chaque faculté et en niant son indépendance.

L'étude de l'amnésie a contribué dans une large mesure à montrer d'une façan indiscutable la *pluralité de la mémoire*, sa diversité et l'indépendance de chacune de ces mémoires vis-à-vis des autres.

En dernière analyse, le siège d'une mémoire se trouve à l'endroit même où une sensation est perçue, *il n'y a*

pas un siège de la mémoire, mais des sièges particuliers pour chaque mémoire particulière (1) répandus dans tout le cerveau. Nous entendons parler dès lors de la mémoire sous toutes ses formes et en particulier de la *mémoire organique* comprenant le plus grand nombre d'éléments nerveux qui, sans que nous en ayions conscience, fonctionnent perpétuellement, s'associant les uns les autres. Grâce à eux, par une éducation de nos débuts dans la vie, nous pouvons accomplir les actes les plus insignifiants sans y songer, ceux que Hartley a appelés *actions automatiques secondaires*.

Là où il existe de la substance cérébrale, il y a un organe indispensable au bon fonctionnement de la mémoire et l'on peut affirmer avec Ball que : « Tout homme qui a été atteint d'une affection cérébrale de quelque intensité, éprouve une diminution plus ou moins notable de la mémoire » (2).

Les différentes mémoires ne se font jamais non plus exactement équilibre chez une même personne. Celle-ci possède à un haut degré la mémoire des faits, celle-là la mémoire des noms, une autre celle des couleurs, une autre celle des sons, etc.

Les exemples remarquables que possède la science de ces diverses mémoires sont suffisamment connus. Et l'on ne peut pas dire que, d'une manière générale, pour un groupe de plusieurs individus pris au hasard, telle mémoire soit plus importante que telle autre. Chacun là-dessus, pour répondre à la question posée de savoir quelle

(1) Ribot. Ouvrage cité, p. 11.
(2) Ball. Leçons sur les maladies mentales. P. 830.

est la forme de la mémoire la plus importante, ne pourrait que s'examiner lui-même et donner le résultat propre à sa faculté particulière d'assimilation des impressions et concourrait ainsi, à prouver d'une façon indubitable que tous les moyens d'acquisition ne sont pas les mêmes pour tout le monde, que chacun, bien que possédant toutes les diverses mémoires, les possède à un degré différent, qu'elles sont inégalement développées chez le même individu, et par conséquent aussi, indépendantes.

La mémoire auditive serait, d'après Guéneau de Mussy, la plus importante et celle qui donnerait les meilleurs résultats (1) Hérault de Séchelles, lui, attribue surtout ces avantages à la mémoire visuelle. (2)

Il y a donc bien plusieurs mémoires, toutes indépendantes les unes des autres, toutes inégalement développées chez un même sujet : mémoire visuelle, auditive, gustative, olfactive, motrice, de contact, etc. ; mémoire des chiffres, des lieux, des mots, des noms, etc...

Mais, étant donnée la multiplicité des mémoires, est-il possible d'admettre que leurs différents sièges puissent être confondus ?

Nous ne le croyons pas. Il est difficile de concevoir qu'un sujet qui a seulement par exemple de l'amnésie des noms puisse être frappé, dans sa substance nerveuse, d'une altération identique à celle qui frapperait celui qui a oublié les principaux faits de sa vie.

Tout porte à croire que chaque classe de souvenirs, que

(1) Guéneau de Mussy. *Recueil d'ophthalmologie*, 1879, page 129.
(2) Hérault de Séchelles. Voyage à Montbart. Paris, an IX, p. 78.

chaque forme de mémoire est localisée dans des foyers particuliers, distincts qui n'en demeurent pas moins dans la connexion la plus intime.

L'étude des amnésies partielles a permis, lorsqu'elles étaient consécutives à des traumatismes ayant partiellement intéressé le cerveau, de fixer, ou à peu près, le siège de certaines mémoires. Nous nous trouvons par là ramenés à la question si imprécise encore des localisations corticales.

Contentons-nous de dire que, malgré les grands progrès réalisés dans cette voie, on ne peut encore conclure de façon à ne pas permettre le doute ; il arrive encore parfois qu'une preuve d'une localisation soit contredite par des preuves contraires.

Et la formule suivante de Ball peut encore aujourd'hui nous montrer combien sont limitées nos connaissances sur un pareil sujet :

« Si la physiologie avait dit son dernier mot sur l'étude des fonctions cérébrales, si nous connaissions à fond la physique et la chimie de la pensée, nous pourrions, sans doute, formuler avec une certaine précision les conditions nécessaires à l'accomplissement du travail intellectuel. Mais combien nous sommes loin de cet idéal.

« Ce que nous savons du moins, c'est que l'encéphale est une réunion fort complexe d'éléments divers, qui se compose surtout de ganglions, destinés à condenser les impressions sensorielles et les sources du mouvement, et d'organes doués de propriétés plus élevées, les hémisphères cérébraux, qui paraissent être le siège exclusif des actes conscients de l'intelligence. C'est là, pendant

la période d'activité cérébrale, pendant l'afflux du sang et la turgescence de la pulpe nerveuse, que s'élaborent les phénomènes d'ordre supérieur qui constituent dans leur ensemble ce que nous appelons la pensée et qui coïncident avec des réactions chimiques fort analogues aux combustions » (1).

B. — De l'amnésie.

Dans son article « amnésie » du dictionnaire encyclopédique des sciences médicales Falret dit : « Amnésie de α privatif et de μνῆσις, mémoire, diminution notable ou perte totale de la mémoire (2).

La privation complète de mémoire entraînant d'une manière fatale l'impossibilité de toute fonction intellectuelle, nous pensons avec Richet qu' « on réserve ce mot en général, à des états curieux de l'esprit dans lesquels la perte de la mémoire (seulement partielle) coexiste avec la conservation des autres fonctions intellectuelles » (3).

Elle peut n'exister parfois même que *d'une façon extrêmement limitée*.

Et ce fait est pour nous compréhensible puisque nous avons admis la pluralité de la mémoire et ses diverses localisations, puisque chaque mémoire étant indépendante vit isolément.

(1) Ball. Leçons sur les maladies mentales, Paris, 1880-1883.
(2) Falret. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales ;* Art. *Amnésie.*
(3) Richet. *Grande encyclopédie,* Art. *Amnésie.*

L'amnésie partielle peut être de courte durée lorsqu'on peut supprimer la cause qui l'a produite.

Quant à *l'amnésie totale*, elle est due, le plus souvent, à des états graves ou à des affections chroniques tels que la sénilité, la démence, l'alcoolisme chronique, la paralysie générale, le ramollissement cérébral etc. Elle comporte alors un *pronostic grave*.

L'amnésie n'est qu'un symptôme d'un grand nombre d'états pathologiques et même elle peut survenir à la suite de « toutes les influences dépressives, débilitantes. » (1)

Pour ce qui est de l'amnésie partielle, nous venons de dire qu'elle pouvait porter sur des faits unis entre eux par des rapports de similitude ; il s'agit de *systématisation des souvenirs*.

D'autres fois elle porte sur des faits échelonnés dans le temps ; c'est *l'amnésie à début brusque* survenant à la suite d'un *accident* dans le sens le plus large du mot.

Comme *point de repère* dans le temps, prenons donc l'instant précis de l'*accident* ; l'amnésie peut porter sur les faits antérieurs ou sur les événements postérieurs.

Dans le premier cas, il s'agit d'*amnésie rétrograde* dans le second, d'*amnésie antérograde*.

Ces termes généraux n'impliquent aucune limitation du temps oublié et il peut tout aussi bien s'agir d'oubli de quelques minutes que d'oubli de longues années.

Si les faits oubliés ont eu lieu, les uns avant, les autres après l'accident, nous avons l'*amnésie rétro-antérograde*.

(1) Motet. Note sur l'amnésie temporaire. *Union médicale* 1879 t. 27, p. 950.

Et ces quelques considérations nous montrent que pour établir une classification clinique, c'est-à-dire pouvant répondre à l'esprit d'un travail pratique, on est obligé de se placer à plusieurs points de vue.

« Savage, Calmeil, Falret, Voisin, Legrand du Saulle, Ribot, Janet, Rouillard, Pitres, Sollier, et d'autres encore ont proposé différentes classifications des amnésies. Ce n'est pas ici le lieu de les reproduire. Contentons-nous de rappeler qu'on peut les grouper de la façon suivante :

a. Classifications psychologiques ;
b. Classifications étiologiques ;
c. Classifications cliniques ;
d. Classifications anatomo-pathologiques.

Les *classifications psychologiques* sont très élégantes, mais elles ne sont guère utilisables au point de vue pratique. Est-il toujours possible par exemple d'affirmer au lit du malade qu'une amnésie est une amnésie de conservation ou de reproduction ?

Les *classifications étiologiques* ne sont pas beaucoup plus pratiques pour le clinicien et l'expert. Sans doute, la notion de cause commande le diagnostic, le pronostic et le traitement, mais cette notion sépare des amnésies cliniquement identiques et comme telle ne peut servir de base à la séméiologie.

Des *classifications anatomo-pathologiques*, il est à peine besoin de se préoccuper. Outre qu'elles ne répondent pas au but séméiologique, elles nous paraissent singu-

lièrement téméraires, dans l'état actuel de la science » (1).

Et dans leur nomenclature, inspirée par leur maître Garnier (2). MM. Dromard et Levassort se sont appuyés sur les éléments suivants :

1° La pathogénie ;

2° Le degré ;

3° La durée ;

4° L'évolution ;

5° La localisation chronologique ;

6° Les attributs constitutifs de la mémoire.

Plus récemment, Monsieur Benon (3), a modifié cette classification, se rapprochant le plus possible des constatations cliniques faites par celui qui examine le malade.

D'autre part, il précise et développe l'élément degré traduisant plus complètement les altérations quantitatives de la mémoire et mettant à part les amnésies systématisées.

TABLEAU DES CARACTÈRES CLINIQUES DES AMNÉSIES.

A. Marche de l'amnésie par rapport à sa cause et au temps : Amnésies rétrograde, antérograde, rétro-antérograde.

B. Localisation de l'amnésie par rapport à la vie du sujet :

(1) Dromard et Levassort. L'amnésie au point de vue séméiologique et médico-légal, p. 4.

(2) Garnier. Les amnésies (Séméiologie et médecine légale). *Le Bulletin médical*. 1905, p. 9.

(3) Benon. Les amnésies. *Gazette des Hôpitaux*. 1908 (13 juin) p. 795.

1° Amnésie localisée, limitée à une période donnée ;

2° Amnésie diffuse, non localisée, disséminée, sans limites précises.

C. Altérations quantitatives de la mémoire : amnésies quantitatives portant sur les représentations et sensations.

1. Etendue de l'amnésie en surface.

a. Étendue de l'amnésie par rapport à la variété des éléments amnésiques touchés :

1. Amnésie lacunaire partielle (représentations, idées, émotions, sensations partiellement touchées) ;

2. Amnésie globale, générale (représentations, idées, émotions, sensations touchées en masse).

2. Etendue de l'amnésie en profondeur.

b. Étendue de l'amnésie par rapport au nombre d'éléments amnésiques disparus.

Amnésie (localisée ou diffuse, lacunaire ou globale) plus ou moins profonde, complète ou totale.

D. Altérations qualitatives de la mémoire, amnésies quantitatives.

a. **Qualités générales.**

1. Amnésie de conservation ou de fixation ;

2. Amnésie de reproduction ou d'évocation ;

3. Amnésie de reconnaissance, de certitude, de localisation (paramnésies) ;

4. Amnésie biologique, organique, automatique.

b. **Qualités spéciales, prévalences mnésiques individuelles.**

1. Amnésie visuelle, portant sur les objets (asymbolie cécité psychique), sur les lieux (agnosie topographique), sur les personnes, sur les mots (cécité verbale).

Les illusions et perversions auditives sont des pseudo-amnésies.

2. Amnésie auditive, tonale, verbale (surdité verbale), musicale. Les illusions et perversions auditives sont des pseudoamnésies.

3. Amnésie tactile (astéréognosie).

4. Amnésie olfactive (anosmie différentielle).

5. Amnésie gustative (agueusie différentielle).

6. Amnésie sensorielle généralisée (agnosie généralisée).

7. Amnésie anesthésique (auto-agnosie),

8. Amnésie motrice (astasie amnésique, apraxie amnésique).

E. Systématisation de l'amnésie (amnésies systématisées ou non) : Amnésies limitées à un groupe de sensations ou représentations : idées, calcul, chiffres, orthographe, noms, mots, lettres, faits, etc.

F. Evolution : 1. Amnésies soudaines (ictus amnésiques) ;

2. Amnésies progressives ;

3. Amnésies périodiques ou intermittentes.

G. Durée : 1. Amnésies passagères ;

2. Amnésies durables ou prolongées ;

3. Amnésies périodiques ou intermittentes.

H. Pathogénie : 1. Amnésies fonctionnelles ou dynamiques ;

2. Amnésies organiques ou destructives.

Pour en finir avec ces notions bien longues et pourtant incomplètes sur les amnésies en général, disons quelques mots sur la marche de l'affection dans les *amnésies progressives*. Les auteurs admettent que les connaissances disparaissent dans l'ordre suivant : « Les faits récents, les idées en général, les sentiments, les actes » (1).

Au moment de la guérison, lorsqu'elle survient, on constate le plus souvent la marche inverse, ce qui était à prévoir. Les souvenirs les mieux fixés sont les derniers à disparaître et les premiers à renaître.

Et nous terminerons sur cette formule de Ribot qui a l'avantage d'exposer le fait en l'expliquant :

« La destruction progressive de la mémoire suit une marche logique, une loi. Elle descend progressivement de l'instable au stable. Elle commence par les souvenirs récents qui, mal fixés dans les éléments nouveaux, rarement répétés et par conséquent faiblement associés avec les autres, représentent l'organisation à son degré le plus faible. Elle finit par cette mémoire sensorielle, instinctive, qui, figée dans l'organisme, devenue une partie de lui-même ou plutôt lui-même, représente l'organisation à son degré le plus fort. Du terme initial au terme final la marche de l'amnésie, règlée par la nature des choses,

(1) Ribot. Ouvrage cité p. 164.

suit la ligne de moindre résistance, c'est-à-dire de la moindre organisation » (1).

(1) Ribot. Ouvrage cité, p. 94.

III. – ETUDE CLINIQUE DES AMNÉSIES ASPHYXIQUES

A. Formes cliniques.

Les observations détaillées d'amnésies asphyxiques sont relativement rares. Les faits relatés sont peu connus. Nous n'avons pu, malgré nos recherches, en observer personnellement. Ce travail a donc pour but de rassembler les faits et les constatations de différents auteurs dans des circonstances analogues, afin d'en tirer des conclusions sur les points de similitude relevés parmi les effets de causes se ressemblant.

Quelles sont ces circonstances, ces causes, et en quoi peuvent-elles être comparables les unes aux autres ? Comme l'indique le titre que nous avons choisi, ce sont des asphyxies vraies, des asphyxies mécaniques.

D'abord la pendaison.

D'après Littré :« C'est un genre de violence dans lequel le corps, retenu par un lien noué autour du cou et abandonné à son propre poids, exerce sur le lien suspenseur une traction assez forte pour interrompre l'entrée de l'air et le cours du sang »(1).

Remarquons en passant que c'est la pendaison, et la pendaison suicide, qui nous a fourni le plus grand nombre d'observations.

(1) Littre. *Dictionnaire de médecine.* Art. *Pendaison.*

« La strangulation, dit Tourdes, est un acte de violence qui consiste en une constriction exercée directement, soit autour, soit au devant du cou, et ayant pour effet, en s'opposant au passage de l'air, d'arrêter brusquement la respiration et la vie » (1).

Nous verrons plus loin sur quels points la pendaison et la strangulation se ressemblent ou diffèrent l'une de l'autre ; disons tout de suite que si la pendaison est le plus souvent un moyen de suicide, la strangulation est en général une action criminelle.

Pour la submersion, nous trouvons : « Action de plonger ou d'être entièrement plongé dans un liquide... L'homme meurt par submersion, que la totalité du corps ou une partie seulement soit plongée dans le liquide, pourvu que ce soit l'entrée des voies respiratoires » (2).

Nous n'avons trouvé qu'une observation d'amnésie consécutive à la submersion, c'est celle de Dunn citée par Carpenter, résumée par Ribot (obs. I). Nous verrons quel intérêt spécial s'y rattache au point de vue pathogénique.

Bien entendu, il ne s'agit ici pour nous que de tentatives avortées.

Après des soins empressés, nos malades sont revenus à la vie, mais ils étaient passés par une période pathologique plus ou moins longue au cours de laquelle on a noté des troubles respiratoires, circulatoires, des convulsions épileptiformes, etc.

La plupart, au moment où on venait les secourir, étaient bien dans l'état que Maurice Perrin décrit comme étant celui qui correspond au mot asphyxie : « Cemot, (de ἀ privatif et σφυξις, pouls) dans son acception

(2) Tourdes. *Dictionnaire des sciences médicales*. Art. *Strangulation*.
(2) Tourdes. *Ouvrage cité*. Art. *Submersion*.

littérale, devrait être appliqué à tout état de mort apparente ou réelle dans lequel il y a primitivement absence de pouls et cessation des battements du cœur. La syncope et l'asphyxie deviendraient ainsi des termes tout à fait synonymes s'ils ne marquaient les degrés extrêmes d'un même état pathologique » (1).

Sans doute tous nos asphyxiés ne se trouvaient pas dans un état aussi grave, puisque chez certains les fonctions respiratoires persistaient, mais si l'on veut bien tenir compte de ce que cette définition a de trop absolu, on doit convenir qu'elle s'applique assez exactement à un état caractérisé par une perte de connaissance avec troubles graves du côté de la respiration et de la circulation.

Ayant défini l'asphyxie, voyons maintenant sous quelles formes se présentent nos amnésies.

Avec Sollier nous conviendrons qu elles sont cliniquement identiques bien souvent aux amnésies traumatiques.

L'asphyxie, comme le traumatisme, joue ici un rôle fort important pour ce qui est de la marche de l'amnésie par rapport au temps.

Nous décrirons trois formes d'amnésie asphyxiques (2).

1° l'amnésie asphyxique simple ;

2° l'amnésie asphyxique rétro-antérograde ;

3° l'amnésie asphyxique antérograde.

1° *Amnésie asphyxique simple.* — Nous nous trouvons en face d'un pendu (c'est le cas le plus souvent

(1) Perrin. *Dict. des scien. médic.* Art. *Asphyxie.*

(2) Benon et Vladoff : les amnésies asphyxiques par pendaison, strangulation, submersion etc. *Ann. d'hyg. pub. et de méd. lég.* (mai, 1908).

rencontré). Obs. IV, V, VI, VII, VIII, etc. La corde coupée, nous constatons des troubles plus ou moins prononcés de la respiration et de la circulation. Le malade ayant repris connaissance ignore ce qui s'est passé. Il a perdu la notion des faits qui ont immédiatement précédé son acte, c'est-à-dire ses préparatifs. Il se rappelle au contraire parfaitement tout ce qui lui est arrivé, tout ce qu'il a fait avant ces préparatifs. C'est là notre forme d'amnésie asphyxique simple. Ce qui la caractérise c'est donc qu'elle enveloppe l'acte, — la tentative de suicide par exemple, — et les circonstances immédiates qui l'ont précédé.

C'est une amnésie localisée par rapport au temps et à la vie du sujet, profonde, complète au point de vue de son degré : elle conduit le malade à nier sa tentative, à protester énergiquement contre ce qu'on lui affirme (obs. IV).

C'est une amnésie rétrograde de reproduction ou de conservation. Quelquefois, en effet, le malade pourra, plus tard, raconter comment il a, ou comment on a attenté à sa vie (amnésie de reproduction) ; d'autres fois, il ne pourra jamais rappeler l'acte accompli ou l'attentat subi (amnésie de conservation). Passagère, ou plus ou moins durable dans le premier cas, définitive dans le second, cette amnésie asphyxique rentre toujours dans le cadre des amnésies fonctionnelles ou dynamiques.

Dans un cas d'amnésie asphyxique simple (obs. IV), on a observé, après la tentative de suicide par pendaison, une atténuation relative de l'état délirant que présentait le sujet.

L'amnésie asphyxique simple est dite par certains auteurs amnésie rétrograde.

2° *Amnésie asphyxique rétro-antérograde.* — Dans cette forme d'amnésie asphyxique, à double extension antérograde et rétrograde, l'amnésie rétrograde atteint encore particulièrement les événements voisins de la tentative criminelle ou de l'accident ; toutefois elle ne porte plus seulement sur les événements qui ont trait à la cause et aux circonstances immédiates de l'asphyxie ; elle embrasse des faits plus antérieurs, qui ne s'y rapportent en aucune manière.

Ainsi, dans l'observation XIII, elle s'étend en arrière, à une période de quatre à cinq heures. Durant cette période, le sujet peut n'avoir pas songé du tout au suicide, ou, en tout cas, n'a rien préparé pour le mettre à exécution. D'autre part, dans l'observation XII, l'amnésie rétrograde s'étend encore davantage, mais alors de façon spéciale ; elle est totale, complète, pour les événements qui ont précédé immédiatement la tentative de suicide par pendaison, tandis qu'elle est incomplète pour les autres événements plus antérieurs. Il semble qu'on ait là une manière de zone de transition comprenant des faits qui peuvent être évoqués et par conséquent conservés et des faits qui ne peuvent être reproduits. Tous les faits au-delà persistent dans la mémoire, tous les faits en deçà en sont effacés. Le sujet avait donc oublié tout ce qui avait trait à sa tentative et quelques-uns seulement des faits plus ou moins lointains qui l'ont précédée.

D'autre part, l'amnésie antérograde, dans les deux observations XII et XIII, est complète durant les quel-

ques heures (Obs. XII) ou les quelques jours (obs. XIII) qui suivent la tentative, puis peu à peu, comme l'amnésie rétrograde, elle est incomplète, légère, et relève à la fois de l'amnésie antérograde de conservation et de l'amnésie antérograde de reproduction, c'est-à-dire que le patient conserve plus ou moins bien les faits actuels, et, quand il les conserve, il ne les reproduit pas spontanément, ou il ne les reproduit que difficilement.

Dans l'observation XIII, on a noté l'amélioration de l'état délirant du sujet.

Ces amnésies rétro-antérogrades, plus ou moins durables, quelquefois définitives sont purement fonctionnelles.

3° *Amnésie asphyxique antérograde.* — Nous avons rencontré deux observations (Obs. I et II). Les accidents sont survenus dans un cas (Obs. II) après pendaison, dans l'autre (Obs. I) après submersion. Les malades sont passés par deux périodes ; l'une, la première, dite période d'automatisme ou d'inconscience, ou mieux période de seconde conscience ; l'autre, la seconde, caractérisée par le retour à l'état normal ou primitif avec amnésie.

Il est à remarquer que, dans les deux observations, le début a été retardé. Le malade de Griésinger (Obs. II), n'est entré dans la première période que le lendemain du jour de sa tentative de suicide par pendaison ; or, immédiatement après sa tentative, il avait pu raconter l'histoire de sa vie et donner les raison de son acte.

La malade de Dunn (Obs I), restée six jours sans connaissance, n'est entrée, à proprement parler, dans son état second que le dixième ou onzième jour qui a suivi sa submersion.

a. Première période — Période de seconde conscience. Amnésie antérograde de conservation.

Dans l'observation, (Obs. II) cette période est caractérisée par du mutisme, sans refus d'aliments. Le malade, un prisonnier, le facies contracté, se promène dans les cours et subvient à ses besoins. Il n'est donc pas un automate et un inconscient à proprement parler ; ses actes, du reste, n'étaient pas désordonnés. Cela dura un mois.

La malade de Dunn (Obs. I) présente du mutisme avec amnésie antérograde de conservation très nette. Plus tard elle se met à coudre, à faire de la tapisserie. Ce qui peut lui rappeler son accident paraît lui faire éprouver des impressions pénibles. Au contraire la visite de son ami lui procure de la joie : elle l'attend à heure fixe avec impatience. Apprenant sa trahison elle a une crise de nerfs. Cet état dura douze mois.

Il est probable que pour tous les faits antérieurs à l'accident, les malades avaient de l'amnésie rétrograde de reproduction.

b. Deuxième période. — Retour à l'état normal. Amnésie antérograde de reproduction.

Dans cette période les malades présentent de l'amnésie antérograde de reproduction. Ainsi le malade de Griesinger (Obs. II) a perdu le souvenir de tous les faits qui ont eu lieu durant le mois qui a suivi sa tentative de pendaison. Il se rappelle les préparatifs de l'acte et son souvenir persiste jusque dans les dernières sensations

éprouvées dans les yeux et les oreilles, c'est-à-dire jusqu'à la perte de connaissance. Mais, et cela est tout à fait remarquable, il ne peut rien raconter du jour qui a suivi l'acte, jour pendant lequel il était resté normal et avait répondu à toutes les questions qui lui avaient été posées, raisonnant d'une manière parfaite sur les motifs qui l'avaient poussé.

De même, la malade de Dunn (Obs. I) avait oublié lorsqu'elle revint à l'état normal tous les faits qui avaient pris place dans l'année de sa maladie, et parmi eux la trahison de son ami qui l'avait si vivement frappée.

En somme cette variété d'amnésie asphyxique est encore purement fonctionnelle et évolue vers la guérison après avoir duré un temps plus ou moins long.

Toutes les amnésies asphyxiques que nous venons de voir, sont pathogéniquement d'ordre dynamique. Cependant il peut arriver que l'on voit s'établir après les accidents asphyxiques de véritables amnésies *organiques*, incurables ; l'affaiblissement des facultés mentales s'accroit progressivement, l'état démentiel persiste. L'observation de Schüle (Obs. III) en est un exemple, le seul que nous ayons rencontré.

B. — Diagnostic

« En face d'une amnésie, dit Gilbert-Ballet, il est, au point de vue séméiologique, différentes questions à élucider. On peut avec Sollier les grouper sous quatre chefs principaux.

1° Conditions dans lesquelles l'amnésie s'est dévelop-

pée : date et mode de début ; événements antérieurs, traumatismes, intoxications, émotions, attaques convulsives ; rapports de causalité et de temps de l'amnésie avec ces événements ; symptômes de l'amnésie, et symptômes physiques et psychiques concomitants.

2° A quel variété appartient l'amnésie ?

3° Quel était l'état antérieur de la mémoire ?

4° L'amnésie s'accompagne-t-elle d'autres phénomènes du même ordre ou d'ordre différent ? » (1).

En ce qui nous concerne, nous pensons que l'attention du médecin doit surtout se porter sur ce premier point de vue des *conditions dans lesquelles l'amnésie s'est développées*.

Immédiatement nous aurons la notion exacte de notre *asphyxie initiale*, fait capital dont découleront tous les autres renseignements indispensables, le premier à rechercher, au jour duquel tout deviendra facile à comprendre.

Ce sera notre point de repère dans le temps, ce sera surtout la cause reconnaissable pour nous des troubles observés.

« Le diagnostic de l'amnésie n'est réellement difficile que dans les cas de simulation » (2). Falret attire ainsi notre attention sur ce côté de la question et déjà apparaît toute son importance en médecine légale.

Rien n'est en effet plus facile à simuler que l'amnésie. Vous interrogez votre sujet, il nie, il déclare ne plus se rappeler.

Alors se posent deux questions :

(1) Gilbert-Ballet. Traité de pathologie mentale. p. 195.

(2) Falret. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Article : « *amnésie* ».

1° Quel intérêt peut-on avoir à simuler une amnésie ?

2° Par quel moyen peut-on découvrir la simulation ou, au contraire, quelles déclarations peuvent faire croire à la sincérité du sujet ?

Les motifs qui peuvent pousser à la simulation sont multiples ; sans parler ici de l'intérêt que peut avoir un criminel à ne pas faire connaître certaines circonstances d'une affaire et à gêner l'instruction, nous citerons ces aliénés qui, comme dit Régis, nient dans le seul but d'éviter un changement de régime qui les épouvante ou dans la crainte de voir resserrer autour d'eux une surveillance qu'ils trouvent déjà excessive.

« Pour le diagnostic de la simulation, dit Falret, le médecin légiste doit se baser sur la connaissance exacte des faits cliniques dans lesquels on observe la perte de la mémoire et comparer le cas actuellement en litige aux faits analogues antérieurement observés (1) ».

L'objet de notre travail est justement de faire entrer, au nombre de ces *faits antérieurement observés*, les *faits d'asphyxie* ; si donc un malade prétend ne pas se souvenir, et si nos renseignements ont établi qu'il a présenté les troubles que nous avons décrits à la suite d'un fait analogue à ceux que nous relatons, nous aurons de bonnes raisons de penser que nous ne sommes point en présence d'un simulateur. Cette opinion sera confirmée si nous constatons que l'amnésie, dans sa forme, dans son allure, correspond bien aux types déjà observés dans de pareils

(1) Falret. Ouvrage cité, article ; « *amnésie* ».

cas. Là encore, l'asphyxie, par la date où elle se place, nous permettra de dire si nous nous trouvons en présence de la variété *d'amnésie rétrograde*, *antérograde*, *rétro-antérograde*.

Puis nous apprécierons les autres qualités de l'amnésie (amnésie de conservation, de reproduction,de localisation etc.).

Quel était l'état antérieur de la mémoire ?

Cette question est complexe, car la notion d'asphyxie étant acquise,il faudrait distinguer chez un malade déjà taré (épileptique, hystérique, intoxiqué, paralytique général au début), ce qui revient d'une part à l'affection antérieure, d'autre part à l'*accident*. A notre avis, la plus grosse part doit être faite au second lorsqu'on note après lui un changement appréciable.

Pour ce qui concerne l'hystérie, la question est plus embrouillée encore, certains auteurs ayant voulu en faire dans l'amnésie traumatique un intermédiaire indispensable. Le traumatisme déterminerait l'hystérie et l'hystérie appellerait l'amnésie.

Au fond, toutes ces considérations qui peuvent être fort nombreuses n'ont pas d'importance pratique, on se contentera dans certains cas (présence de stigmates hystériques) de constater que l'amnésie s'accompagne « de phénomènes du même ordre ou d'ordre différent ».

Pour nous, toute l'importance de ce chapitre réside dans le diagnostic de la simulation.

IV. — PRONOSTIC

« Au point de vue pronostique, *l'amnésie organique est incurable*, tandis que *l'amnésie fonctionnelle peut toujours être* (nous ne disons pas est toujours) *curable* à quelque variété qu'elle appartienne. » (1)

Donc deux catégories bien distinctes d'amnésies ; les unes toujours incurables, les autres le plus souvent guérissables.

Et, à ce point de vue, nous ferons ressortir l'importance d'un bon diagnostic puisqu'il commande le pronostic.

Nous avons vu que nos amnésies asphyxiques étaient presque toutes des *amnésies purement fonctionnelles*, donc pronostic favorable.

Dans la *forme simple*, à vrai dire on n'arrive pas à obtenir du sujet qu'il se rappelle exactement ce qui lui est arrivé ; cette notion est pour lui si bien perdue qu'il ne croit que très difficilement aux affirmations de ceux qui l'entourent, mais quel inconvénient comporte pour lui, dans la suite, la perte d'une pareille notion ? Aucune.

Ses facultés sont intégralement conservées, un tout petit point obscur subsiste dont il n'a même pas conscience.

(1) Sollier. Cité par Gilbert-Ballet : *Traité de pathologie mentale*, page 195.

L'*amnésie rétrograde*, cela va sans dire, est d'autant plus grave qu'elle porte sur un laps de temps plus long. Mais nous n'avons pas d'exemple qu'elle ait été permanente lorsqu'elle s'étendait très loin. Il semble même que la facilité à guérir soit proportionnelle à son étendue et en fin de compte, le malade, brusquement ou progressivement recupère tous ses souvenirs, il ne subsiste pour lui encore que l'oubli de son accident.

L'amnésie asphyxique, pouvant, sous bien des points, être rapprochée de l'amnésie traumatique, si les observations en étaient moins rares, peut être aurait-on quelques cas où le sujet aurait perdu toute une série de souvenirs. Nous n'avons, quant à nous, point trouvé semblable exemple. Cette amnésie, *systématisée*, cette fois, et il faut le dire, *purement reproductive*, exigerait comme traitement une rééducation. Rééducation facile, rapide grâce à la conservation des connaissances qu'il suffirait, par une excitation minime, de rendre au pouvoir d'évocation.

L'amnésie antérograde de reproduction disparaît soit brusquement soit progressivement, spontanément ou encore, dans le plus grand nombre des cas, à la suite d'une excitation fortuite n'ayant bien souvent aucun lien logique ou apparent avec les souvenirs perdus.

Pour *l'amnésie antérograde de conservation,* sa gravité est encore liée à la durée de *l'état second* auquel elle donne naissance. Pendant toute la durée de cet état, rien n'est conservé et, au moment du retour à l'état normal, le sujet ne voit plus rien dans cette période. C'est en somme un *état pathologique*, une *maladie*, durant la-

quelle le malade ne vit point de la vie normale, pendant laquelle il ne peut point être question pour lui de se livrer à une occupation raisonnée, encore moins d'enrichir ses connaissances.

Il importe, au plus haut point, d'appliquer un traitement psychique approprié. Mais il faut bien savoir qu'après le retour à l'état normal, toutes les anciennes connaissances sont récupérées, il ne reste que ce trou noir, correspondant au temps occupé par l'état second et comprenant une période dont les épisodes ne sont pas rappelés. Cette lacune dans la suite ne nuit en rien à l'exercice des fonctions intellectuelles.

Pour l'amnésie *rétro-antérograde*, nous en connaissons dès lors les conséquences. C'est une lacune momentanée, au point de vue du temps, *l'accident* en occupe le centre. La guérison va rétrécissant ce cercle dont finalement il ne subsiste qu'un point, la perte de la notion de *l'accident* comme dans l'amnésie simple. Et ce dernier tableau nous donne une idée exacte de la marche de nos amnésies asphyxiques dans tous les cas où il ne s'agit que de reproduction.

En dernière analyse, pronostic bénin dans tous les cas, puisque l'amnésie permanente dont il reste toujours quelques traces n'enlève au jugement aucune notion indispensable.

V. — PATHOGÉNIE

Maintenant que nous avons étudié nos amnésies asphyxiques au point de vue clinique, nous allons essayer de saisir le mécanisme de leur production.

Les auteurs ne sont pas d'accord à ce sujet. Les travaux de *Wagner* ont provoqué de la part de *Mœbius* des affirmations contradictoires. Pour Wagner, les convulsions qui sont fréquentes ainsi que l'amnésie sont dues à des troubles cérébraux : anémie cérébrale par occlusion des gros vaisseaux du cou par compression dans la pendaison et la strangulation ; hyperémie cérébrale par rétablissement rapide de la circulation pendant la période du ranimement. Mœbius, se basant sur le caractère uniforme de l'amnésie dans la pendaison, la strangulation, les commotions morales, admet dans tous ces cas un même mécanisme étiologique, l'ébranlement psychique. Wagner conclut à des troubles de la nutrition cérébrale en s'appuyant sur l'existence de convulsions chez les animaux soumis à des expériences de strangulation.

En France, Régis estime que ces deux théories ne sont pas contradictoires et peuvent être ramenées à une conception commune. Il croit à un trouble de nutrition du cerveau par *intoxication*. Nous verrons plus loin quel sens il donne exactement à ce mot.

Enfin le professeur Joffroy s'est appliqué à faire ressortir comme Wagner l'importance des troubles apportés à la circulation de l'encéphale.

Examinons maintenant quant à nous, quelles sont les conditions nécessaires à l'exercice régulier de la mémoire.

On admet actuellement que les bases physiologiques de cette faculté sont :

1° Une modification particulière imprimée aux éléments nerveux.

2° Une association établie entre un certain nombre de ces éléments.

Et d'une manière plus générale, d'après Kusmaull : (1):

1° Les nerfs doivent être pourvus *d'une alimentation suffisante*.

L'épuisement par manque de nourriture, une fatigue cérébrale ou musculaire, affaiblissent la mémoire.

2° *Une bonne distribution sanguine*, dépendant de la structure et de l'innervation des vaisseaux sanguins.

3° Une bonne structure du sol organique qui retire du sang la matière nutritive.

4° L'accumulation nécessaire d'éléments assimilés.

D'après Legrand du Saulle, l'exercice régulier de la mémoire suppose :

1° L'intégrité de structure des cellules nerveuses préposées au souvenir.

2° Le fonctionnement normal de ces éléments anatomiques.

(1) Kusmaull. Des troubles de la parole. Page 43.

3° *Une irrigation sanguine suffisante ni trop peu ni trop active*

4° L'intégrité de la constitution chimique du sang (1).

Ribot insiste également sur le rôle que joue la nutrition et dit : « la puissance reproductive nous a paru dépendre surtout de la *circulation* » (2).

De même Luys.

« La perception consciente est tellement une fonction organique tributaire d'appareils organiques, au même titre que l'hématose, que lorsqu'un des rouages essentiels, à l'aide duquel elle se révèle quotidiennement, vient à faire subitement défaut, elle languit sur place et s'arrête instantanément comme par une sorte d'asphyxie subite. Il suffit pour cela que *les courants sanguins*, qui donnent la vie et l'activité aux cellules de l'écorce, viennent subitement à suspendre leur cours » (3).

Toutes ces théories peuvent se résumer en deux mots :

1° Intégrité de la substance nerveuse.

2° *Intégrité de la circulation*.

La première condition ne nous intéresse guère puisqu'il s'agit pour nous d'une influence passagère qui ne peut agir sur la structure même de la cellule noble supposée auparavant intacte.

Sans doute, la majorité de nos observations porte sur des aliénés. Nous pensons que ce fait n'a ici aucune importance et qu'il vient de ce que dans les asiles la pendaison est fréquente, généralement interrompue et les

(1) Legrand du Saulle. *Gazette des Hôpitaux*, 1884, page 1173.
(2) Ribot. Les maladies de la mémoire, p. 139.
(3) Luys. Le cerveau et ses fonctions, p. 110.

troubles mortels souvent enrayés par des secours prompts et éclairés. D'ailleurs, d'autres observations citées ont trait à des personnes ayant toute leur raison

La seconde condition nous paraît au contraire très importante. Tous les auteurs en font mention. « Il y a, dit Ribot à tenir compte de la *qualité du sang* tout aussi bien que de sa *quantité*. » (1). Auparavant ce même auteur faisait remarquer en parlant du cerveau qu' « il n'y a pas de partie du corps où le travail nutritif soit plus actif ni plus rapide. » (2)

Dans cette partie de l'économie, l'arrêt de la nutrition doit donc avoir une importance particulièrement considérable.

Remarquons en effet que l'amnésie peut être la conséquence de troubles circulatoires de cause lointaines : « Elle peut, dit Falret, succéder à la suppression d'hémorrhoïdes, du flux menstruel » (3).

Selon Rouillard qui a étudié les amnésies principalement au point de vue étiologique : « En dernière analyse, l'amnésie est presque toujours causée par une *irrigation insuffisante* du tissu nerveux (4).

Or que se passe-t-il, d'abord dans la pendaison ?

Parlant des expériences sur le cadavre de Hoffman qu'il a refaites et contrôlées, Brouardel dit :
« Il suffit d'une pression (tension de la corde) de deux kilogrammes pour empêcher le sang de passer dans les

(1) Ribot. Les maladies de la mémoire, p. 160.
(2) Ribot. Ouvrage cité, p. 156.
(3) Falret. *Dictionnaire encyclopédique des scienees médicales* article : *amnésie*.
(4) Rouillard. Thèse de Paris, 1885.

veines jugulaires ; d'une pression de cinq kilogrammes pour amener l'obstruction des carotides ; d'une pression de quinze kilogrammes pour assurer l'oblitération de la trachée ; d'une pression de trente kilogrammes pour obstruer les artères vertébrales » (1).

Au point de vue physiologique, le même auteur considérant comme suffisante la tension de corde qui amène l'obstruction des carotides dit encore : « Il suffit que la tension atteigne cinq kilogrammes pour qu'il se produise une syncope d'origine cérébrale par anémie cérébrale » (2).

Nous voilà donc bien amené en présence de ce trouble de circulation auquel selon nous doit être attribuée la production de nos amnésies.

Nous avons déjà montré quelle grosse importance avait pour le fonctionnement normal de la mémoire la circulation de l'encéphale, nous allons dire pour quelles raisons l'influence des troubles circulatoires doit être à notre sens considérée comme plus grande que celles des troubles de la respiration.

Chez un condamné qu'on pend haut et court se trouvent réalisées tout d'un coup l'oblitération des voies aériennes et celle de tous les vaisseaux du cou la tension de la corde étant égale au poids du corps du supplicié. Au bout d'un minimum de temps la mort survient. Mais, et nous donnons encore la parole à Brouardel,

(1) Brouardel. Pendaison, strangulation, suffocation et submersion, p. 39.

(2) Brouardel. Pendaison, strangulation, suffocation et submersion, p 39.

« lorsque la suspension est incomplète, l'un de ces mécanismes peut agir seul et c'est souvent l'arrêt de la circulation qui prend alors le premier rang (1) ».

Dans toutes nos observations où il nous est donné quelques renseignements détaillés sur l'acte de nos suicidés, sur le lien dont ils se sont servis, sur la hauteur du point d'attache, sur la position qu'ils occupaient lorsqu'on est venu les dépendre, nous voyons qu'ils étaient dans des conditions peu favorables au plein succès de leur entreprise. Nous avons donc d'excellentes raisons de penser que chez eux *l'arrêt de la circulation a pris la plus grande part à la production des troubles* observés chez eux dans la suite.

De plus, ils ont pu être ramenés à la vie et c'est là une raison que l'on a de penser que la respiration ne doit pas être mise en cause : « L'arrêt de la circulation cérébrale suffit pour tuer un individu qui se pend, mais il tue beaucoup plus lentement que la privation d'air (2). Nous savons aussi que dans la période de ranimement, nos malades ont présenté de la congestion cérébrale avec convulsions, réaction évidente d'une anémie préalable, et trouble bien fait, par manque de transition, pour aggraver une situation déjà critique, car nous savons que l'anémie et la congestion, symptômes opposés, peuvent bien souvent être la cause de troubles identiques.

Dans la strangulation, les choses se passent d'une manière identique : « La compression des carotides, dit

(1) Brouardel. Pendaison, strangulation, suffocation et submersion, p. 45.
(2) Brouardel, Pendaison, strangulation, suffocation et submersion. p. 41.

Tourdes, est évidente, elle est prouvée par la rupture des tuniques et par l'ecchymose des parois ; ces lésions sont rares, mais la pression peut oblitérer les carotides sans altérer leur tissu. » (1)

Or dans certains cas, cette compression a pu agir seule, nous n'en voulons pour preuve que cette déclaration de Laennec dans une observation sur un cas de tentative de strangulation opérée avec les mains.

« Cet état bizarre de léthargie, de syncope prolongée, s'explique assez naturellement par *une anémie cérébrale déterminée par la compression énergique et longtemps continuée des deux artères carotides...*

Si je n'ai point rencontré cette gêne persistante dans la gorge, cette grande difficulté dans l'action de parler et d'avaler que M. Tardieu a vue dans ses observations, cela vient de ce que, ici, les pressions n'ont pas été générales ; il semble au contraire *que le larynx, le pharynx aient été épargnés et que les carotides seules aient été comprimées.* (1)

Nous sommes heureux de pouvoir apporter dans cette discussion l'opinion catégorique d'un observateur aussi en renom.

Mais dans la submersion, les choses, nous dira-t-on, ne se passent plus du tout de la même manière : ici aucun obstacle à la circulation, au contraire impossibilité absolue aux fonctions respiratoires de s'exercer.

(1) Tourdes. *Dictionnaire des sciences médicales*, article «*strangulation* ».

(2) Laennec. Etat syncopal prolongé causé par une tentative de strangulation opérée avec les mains. *Journal de médecine de l'Ouest*, Nantes, 1878, p. 69.

Cette objection, loin de nous trouver sans défense, va nous être précieuse pour fortifier notre théorie.

On tend aujourd'hui à admettre l'existence de deux types de noyés. Dans le premier type, celui que l'on rencontre le plus souvent, après une lutte de durée variable pendant laquelle le sujet retient volontairement et à grand peine sa respiration, arrive une période de grandes inspirations qui envoient jusqu'aux plus fines ramifications bronchiques et jusqu'aux alvéoles pulmonaires mêmes, l'eau et les particules solides qu'elle peut contenir et qu'on retrouve à l'autopsie.

Pour ceux-ci les auteurs sont d'accord et conviennent qu'on ne peut plus ramener à la vie le noyé qui est resté les uns disent *trois*, les autres disent *cinq minutes* sous l'eau.

Et pourtant tous les jours nous entendons parler de gens qui ont survécu après être restés *vingt*, d'autres disent même *quarante* (?) *minutes* sous l'eau.

« Il faut donc admettre, dit Tourdes, en présence de ces témoignages, des exceptions à la limite fatale des quatre ou cinq minutes. Cela tient, dit Faure, à n'en pas douter, à ce que l'homme s'évanouit et reste dans un état de mort apparente pendant lequel les besoins de la respiration sont à peu près nuls (1) ».

Nous dirons donc avec Vibert :

« Dans le second type, la perte de connaissance survient immédiatement ; le noyé n'aspire pas d'eau et n'en

(1) Tourdes. *Dictionnaire des sciences médicales.* Article « *submersion* ».

avale pas. Il est probable que c'est ainsi qu'on doit expliquer les observations assez nombreuses qui concernent des noyés rappelés définitivement à la vie après avoir séjourné sous l'eau *un quart d'heure* ou même davantage ». (1).

Et Tourdes encore nous dit quels sont, pour les noyés de la seconde classe, les effets de cette perte de connaissance.

« La syncope peut être initiale, occasionnée au moment même de la submersion par la terreur, par l'action du froid.....

La syncope initiale aurait pour effets, soit une mort immédiate empêchant les signes d'asphyxie de se produire, soit un retard apporté au moment où l'asphyxie commence ; elle serait à la fois considérée comme pouvant accélérer ou ralentir les effets de la submersion » (2).

Ainsi donc, chez les sujets qui tombent tout de suite en syncope, nous ne trouvons pas ces grandes inspirations qui, projetant l'eau dans toutes les branches de l'arbre respiratoire, détruisent son fragile épithélium et par la suite, produisent cette mousse abondante qui encombre les bronches et rend impossible, chez le sujet retiré de l'eau et vivant encore, le rétablissement d'une fonction indispensable.

Dès lors, nos noyés meurent en touchant la surface de l'eau ou restent longtemps submergés sans en trop souffrir, ils sont en état de vie ralentie. Les uns repêchés

(1) Vibert. Médecine légale, p 134.

(2) Tourdes. *Dictionnaire des sciences médicales.* Article : « *submersion* ».

immédiatement ne pourront être sauvés (mort par inhibition) les autres pourront être rappelés à la vie après *vingt minutes de submersion*.

N'est-ce pas là justement le cas de la malade de Dunn dont il est dit : « Elle fut ramenée à l'air libre *un quart d'heure après*, inanimée. »

Nous avons donc tout lieu de penser que, dans l'unique observation que nous possédons, concernant un cas de submersion, les troubles circulatoires ont été les premiers, les plus inportants, les seuls devant compter dans l'étude des causes pathologiques.

Nous sommes tellement persuadé de ce fait que nous pensons que, si l'observation du Professeur Joffroy avait été publiée, nous aurions là aussi trouvé une durée du séjour dans l'eau trop considérable pour un noyé qui aurait fait des mouvements respiratoires. Nous regrettons que cette observation de Dunn soit unique, car sur un seul fait on ne peut évidemment poser aucune affirmation d'ordre général, mais nous pensons que des faits analogues peuvent se produire assez souvent mais ne sont point enregistrés. Comme preuve nous rapportons ce propos de Tourdes :

« Un de nos anciens collègues, excellent nageur, se baignant avec des amis, plonge et ne reparaît pas ; on est inquiet de cette immersion plus longue que d'habitude, on le recherche, il est retiré de l'eau sans connaissance. Il se remet peu à peu et déclare qu'il n'a éprouvé ni souffrance, ni oppression. et qu'*il ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé* » 1).

(1) Tourdes. Dictionnaire des sciences médicales. Article « submersion ».

Est-ce que ces quelques mots ne sont pas pour nous toute une observation ? Combien d'autres faits du même genre se sont produits et n'ont pas été mentionnés.

Ainsi donc, avec Wagner et Joffroy, nous pensons que nos amnésies asphyxiques sont le résultat d'un trouble de la circulation encéphalique. Dans la pendaison et la strangulation, anémie consécutive à la compression des gros troncs artériels cervicaux avec ou sans obstruction des voies respiratoires supérieures, phénomène d'importance secondaire à notre avis. Dans la submersion, syncope dès l'entrée dans l'eau.

Dans les deux cas, congestion au contraire pendant le ranimement.

Par intoxication, Régis à notre sens a voulu parler d'un trouble cérébral très spécial qui doit nécessairement se produire mais qu'on ne peut pas suivre et encore moins étudier sur place. Ce serait une auto-intoxication de la cellule nerveuse par absence de désassimilation. Mais alors, on néglige du même coup un facteur au premier abord aussi important, l'absence d'assimilation.

De plus à notre avis ces phénomènes très importants certes, mais si petits si ténus, puisque intra-cellulaires, ne doivent pas nous retenir. Nous croyons au contraire faire œuvre utile en portant notre attention sur les autres troubles organiques plus gros qui sont à la base du phénomène.

Mœbius parle de choc émotionnel, d'émotion vive, d'hystérie.

En réalité nous croyons que, dans certains cas, l'émo-

tion vive peut jouer un rôle. Mais cette émotion, ressentie vraisemblablement par un petit groupe de cellules cérébrales, comment peut-elle agir sur toutes les autres, puisque nous avons, en dernière analyse, une amnésie générale et qu'au début nous avons admis que les différents centres de la mémoire étaient épars dans tout le cerveau ?

Ne produirait-elle pas par hasard une vaso-constriction des vaisseaux avec grand ralentissement de la circulation cérébrale ?

Il est légitime pour nous de faire cette supposition.

Des gens frappés d'une émotion vive ne prennent-ils pas un visage blême, la pâleur du visage ne se rencontre-t-elle pas au début de la crise épileptique avant les convulsions et au moment précis où nous savons qu'il y a pour un temps anémie cérébrale rapidement suivie de congestion. Et ces mêmes épileptiques ne présentent-ils pas une forme spéciale d'amnésie dite épileptique en tout point comparable à notre amnésie asphyxique simple?

Pour toutes ces raisons, nous voulons, quant à nous, voir un trouble de la circulation, comme facteur de première importance, dans la production de ces amnésies asphyxiques.

VI. — MÉDECINE LÉGALE.

Au point de vue médico-légal, l'amnésie d'un asphyxique peut donner lieu à une série de difficultés d'ordres variés et toutes délicates à résoudre.

Nous examinerons les faits au point de vue d'abord de la valeur du témoignage. Puis nous verrons leur importance au criminel, au civil et en matière d'accidents du travail.

TÉMOIGNAGE.

Le témoignage pourra être aboli ou inconsciemment faussé.

Il est certain qu'un asphyxique sera incapable, dans les cas que nous prévoyons, de fournir des renseignements détaillés sur une affaire à laquelle il aurait été mêlé et dont il aurait oublié jusqu'à l'existence. Il serait en conséquence, et *suns qu'il y ait aucun mauvais vouloir de sa part*, incapable d'aider la marche d'une instruction.

Il y a plus.

Un magistrat pourrait très bien avoir des doutes sur la moralité d'un personnage muet d'une manière aussi surprenante pour lui.

Prenons l'exemple de plusieurs personnes étranglées. L'une d'elles peut être ramenée à la vie et, par la suite, ne donne aucun détail sur la scène du crime. Pour beau-

coup, si elle ne porte pas des blessures bien apparentes, la complicité ne fera pas de doute.

Il n'est donc pas impossible de voir condamner à des peines sévères un inculpé simple témoin au début de l'instruction.

La victime isolée d'un attentat ne pourra par contre donner aucun détail sur son affaire ni sur la personne de son agresseur.

Faisons une autre supposition. Une personne vend ou donne un certain nombre d'objets de valeur. Puis, voulant en finir avec l'existence, elle se pend ou se noie. On la ramène à la vie et aussitôt, faisant de l'amnésie rétrograde, elle accuse de vol les personnes aux mains desquelles elle voit les objets lui ayant appartenu. Il appartiendra au juge, *mis par le médecin expert au courant de la possibilité d'une amnésie* dans ces conditions, d'établir, par un ensemble de dépositions l'inanité des accusations.

Enfin d'autres cas ont pu et pourront encore se présenter ; comme preuve nous rapporterons ce propos de Tourdes : « Nous avons entendu alléguer que, par suite d'une hallucination, une femme, revenue à la vie (après strangulation), avait pris pour le meurtrier une personne qui lui avait donné des soins » (1).

AU CRIMINEL.

Beaucoup des cas que nous venons de citer pourraient prendre place dans ce paragraphe, cependant nous avons préféré les ranger à part.

(1) Tourdes. *Dictionnaire des sciences médicales*. Article « *strangulation* ».

A l'endroit d'un coupable nous nous bornerons à faire la supposition suivante que nous devons à Brouardel.

Un criminel, sur le point d'être arrêté, se voit irrémédiablement condamné. Pour faire croire à un repentir qui n'est pas réel, il se pend. Dépendu aussitôt il revient à lui mais reste amnésique ; en toute sincérité il a oublié a période troublée qu'il vient de traverser et n'a plus aucun souvenir de son crime. Pendant tout son procès il affirmera son innocence, niant contre toute évidence.

De deux choses l'une : ou bien ses paroles auront un accent de sincérité qui portera et l'indulgence des jurés lui sera acquise,ou bien,elles seront interprétées comme la marque d'un refus cynique de s'avouer coupable, et dans ce cas, ce sera, pour l'amnésique, le refus des circonstances atténuantes et une condamnation impitoyable.

D'un côté comme de l'autre le cours régulier de la justice sera troublé.

Condamné, il s'indignera de bonne foi, mais, au point de vue de la pure justice, il est bien certain que l'existence des troubles n'aura diminué en rien sa responsabilité.

Il en serait tout autrement pour un homme qui commettrait un crime ou délit quelconque étant dans cet état second dont nous avons parlé au sujet de l'amnésie antérograde de conservation. Chez ces derniers en effet, les fonctions intellectuelles étant perturbées et tous leurs actes relevant d'une sorte d'automatisme, on ne saurait les rendre responsables d'actes délictueux.

Dans cet état ils peuvent d'ailleurs être aussi facilement

des victimes. L'expert devra prendre de nombreuses précautions pour l'étude de ces cas.

D'ailleurs cette forme d'amnésie ayant été considérée longtemps comme caractéristique de l'hystérie, l'absence de signes somatiques était encore une cause de plus d'erreurs difficiles à éviter. Nous croyons cependant avoir montré dans une de nos observations (Obs. II) qu'on rencontre des faits semblables en dehors de l'hystérie.

Dans le cas de délits commis par eux, nos malades devraient donc être tenus pour irresponsables. Victimes, ils seront bien incapables de faire entendre une plainte et bien au contraire viendraient, si l'on n'y prenait pas garde, ruiner le témoignage des personnes qui auraient pu voir les mauvais traitements qu'on leur aurait fait subir.

AU CIVIL.

Au civil il faut envisager l'hypothèse d'accidents.

Prenons l'exemple d'une compagnie de navigation dont une embarcation chavire par suite d'une fausse manœuvre. Les passagers tombent à l'eau, l'un d'eux est repêché et fait ensuite de l'amnésie.

De lui-même il n'ira sûrement pas demander des dommages et intérêts puisqu'il a oublié avec l'accident les circonstances dans lesquelles il s'est produit. Si donc, d'autres personnes ayant eu connaissance du fait ne parviennent pas à lui faire intenter une action, il sera frustré.

Notons qu'à la suite de l'accident, il pourra faire de l'amnésie antérograde de conversation et entrer dans un état second que nous connaissons maintenant avec ses conséquences possibles. Mais il y a plus ; selon l'hypothèse dont nous avons envisagé la possibilité, par simple

analogie, nous en convenons, avec l'amnésie traumatique, cet homme pourra dans la suite avoir oublié par exemple le métier qui le faisait vivre et se trouver dans la nécessité de refaire un apprentissage. La compagnie de navigation devrait être tenue civilement responsable de tous ces faits.

Accidents du travail.— Sur ce point spécial des accidents du travail nous n'avons pas à considérer d'hypothèses autres que celles que nous avons déjà envisagées au paragraphe précédent. Nous nous bornerons à faire ressortir que dans ce cas l'accident aura plus de chances que partout ailleurs de passer inaperçu. Il n'y aura en effet comme témoins de la scène que les camarades de la victime et le personnel supérieur de l'entreprise. Ceux-là, plus ignorants, n'auront pas toujours l'idée de faire mention d'un accident dont ils ne verront pas l'importance dans ses suites, ceux-ci souvent enclins à taire un événement susceptible d'engager leur responsabilité. Chaque cas d'ailleurs, devra être l'objet d'une étude minutieuse et prolongée.

VII. — OBSERVATIONS

OBS. I. — Dunn. Case of supension of the mental faculties, of the powers of speech, and special senses. (*The Lancet*, 1843, novembre 15-29).

Submersion, perte de connaissance, puis état de « stupeur ». A partir de ce moment, période de seconde conscience qui dure un an ; au début amnésie antérograde de conservation.

Retour à l'état normal avec amnésie forte antérograde de reproduction, portant sur les douze mois de la maladie.

Cette observation se rapporte à une jeune femme âgée maintenant de dix-neuf ans, à tempérament à la fois nerveux et lymphatique.

Ses parents l'eurent pour premier enfant : elle vint au monde environ six semaines avant terme, fut alimentée à la cuiller. A l'âge de six semaines, par conséquent à l'époque où elle aurait dû naître au cas d'une grossesse de durée normale, elle eut des convulsions pendant tout un jour, elle survécut et commença à prospérer. Très belle enfant à l'âge de quatre ans, on lui inocula la petite vérole dont elle faillit mourir. Elle fit aussi une scarlatine sévère à dix ans.

Le 14 juillet 1843, comme elle se promenait avec sa tante, au bord de la rivière qui coule à travers le parc de Sir Percival Dyke, de Lullington, elle laissa tomber un objet qu'elle portait et en voulant le rattraper elle fit une chute dans l'eau. Elle s'accrocha aux herbes de la rive mais finalement retomba en arrière. Sa tante immédiatement courut à son secours, mais ne vit plus rien que le châle de la jeune fille qui flottait à une distance de douze mètres environ de l'en-

droit où était arrivé l'accident. Finalement elle fut ramenée à l'air libre, *un quart d'heure après*, inanimée. Elle fut transportée dans la maison de Sir Percival Dyke où elle reçut des soins. Un médecin fut appelé, et au bout de six heures elle recouvra la sensibilité et son état permit dans l'après-midi du lendemain de la transporter chez son grand-père, à Shoreham.

Bien qu'elle fut capable de raconter son accident et ses sensations après la chute, elle était souffrante, se plaignant d'un grand malaise dans le ventre et de douleurs dans la tête. La constipation fut opiniâtre, il n'y eut aucune évacuation depuis le jour de l'accident jusqu'au 20 du même mois, c'est-à-dire pendant une période de sept jours, et lorsque la constipation disparut, elle rendit de la vase et du sable qu'elle avait déglutis. Le 24 elle eut des convulsions (jusqu'alors elle avait joui de toute sa sensibilité) à la suite desquelles elle resta dans un état de complète stupeur pendant près de quatre heures ; quand elle ouvrit les yeux elle ne pouvait plus parler et avait perdu l'usage de l'ouïe, du goût et de l'odorat ; ses facultés intellectuelles étaient obnubilées ou paralysées elle ne paraissait pas reconnaître ses amis près d'elle.

La tête fut rasée et recouverte de glace, on lui appliqua un vésicatoire sur la nuque. Je regrette de ne pouvoir donner des renseignements plus nombreux et plus précis au sujet des convulsions et du traitement qui fut appliqué. J'ai écrit deux fois à M. Richards à ce sujet mais n'ai pas eu la faveur d'une réponse.

Trois semaines plus tard, elle put être amenée à Londres, et je la vis pour la première fois à son domicile le 8 août. Elle ne put pas me reconnaître car ses facultés étaient absentes ; elle ne communiquait avec le monde extérieur que par la vue et le toucher, car elle ne pouvant ni parler, ni sentir, ni goûter.

Elle voyait bien à une courte distance et la sensibilité

générale était exaltée à tel point que le plus léger contact sur un point quelconque du corps la faisait tressaillir ; bien plus, si l'on plaçait devant elle une personne ou un objet, de telle manière qu'elle ne put pas ne pas le voir, elle restait indifférente à moins qu'on ne vint à la toucher. Elle ne sentait pas qu'elle était chez elle et ne reconnaissait rien de ce qui était autour d'elle ; elle ne reconnaissait même pas sa mère qui veillait sur elle avec toute sa tendresse et une attention toujours en éveil. La mémoire et le pouvoir d'association des idées étaient tout à fait absents. Elle était très faible mais sa santé corporelle n'était pas autrement altérée ; la langue était propre, la peau moite et le pouls lent et régulier, l'intestin paresseux. Au moment de la dernière période menstruelle, elle avait présenté une très grande irritabilité générale accompagnée d'agitation fébrile et d'un redoublement de la congestion à la tête ; L'écoulement catamenial était survenu aussitôt après son accident ; il réapparut au moment où on l'attendait et demeura ainsi régulier et d'abondance normale pendant toute la durée de sa maladie.

L'appétit était bon, mais n'ayant ni le goût ni l'odorat, elle absorbait de la même manière tout ce qu'on lui présentait et avalait les médicaments d'un goût désagréable aussi volontiers que les mets les plus engageants.

Il fallait la faire manger ; lorsque je la vis la première fois, elle n'avait pas l'idée de prendre la nourriture que l'on plaçait devant elle, mais quelques jours plus tard, on lui mit une cuiller dans les mains, sa mère la remplit et lui fit porter à ses lèvres un certain nombre de fois ; alors elle se mit à continuer seule ce mouvement jusqu'à terminer son repas.

Ses besoins, on les prévoyait tous avec sollicitude, mais elle ne manifestait jamais aucun désir de nourriture quelque temps qu'elle soit restée sans en avoir ; de même pour boisson.

Les appels de la nature restaient ainsi sans être entendus ;

l'urine et les matières fécales étaient évacuées sans qu'elle en eut conscience, mais avec cette particularité frappante que l'expulsion des fèces par action réflexe produisait des mouvements spasmodoiques et de la rigidité des extrémités ; la tête se portait en arrière, les muscles du cou étaient raidis, les paupières closes, de telle sorte que sa mère estimait que jamais ses intestins ne fonctionnaient sans qu'elle eut ce qu'elle appelait « un accès convulsif ». La même chose se produisait lorsque la vessie vidait son contenu et, ce qui est plus remarquable encore, la même rigidité musculaire survenait toutes les fois qu'elle s'endormait.

Chaque nuit, placée sur le lit, elle restait quelque temps à moitié étendue, après quoi les paupières se fermaient et la tête retombait sur l'oreiller ; les mains étaient crispées, les muscles du cou roidis, les bras et les jambes contracturés, le membre d'un côté croisant toujours celui du côté opposé. Un moment après les muscles se relâchaient, elle se tournait sur le côté et dormait profondément jusqu'au matin.

Tel était l'état dans lequel je trouvai la jeune femme à son arrivée à Londres, un mois après son accident et je peux ici hâter mon récit en déclarant que depuis le moment où ses facultés sombrèrent, dans sa crise le 24 juillet 1843, jusqu'au mois de juillet de l'année suivante où ces mêmes facultés se rétablirent, sa vie fut pour elle un vide absolu. Elle n'a pas le moindre souvenir, la plus légère connaissance de ce qui se passa pendant cette période. Je la soumis immédiatement à une médication tonique, lui donnant du fer trois fois par jour, souvent des pilules d'aloès et de myrrhe, quelquefois des pilules bleues.

L'un de ses premiers actes en s'améliorant avait été de détériorer les rideaux de son lit, et, dès qu'on put la faire asseoir et l'habiller, elle persévéra dans sa manie d'abîmer continuellement une partie de ses vêtements ; elle paraissait avoir besoin d'une occupation pour ses doigts, et, par conséquent, on lui donna un vieux chapeau de paille, dont elle

réduisit une partie en morceaux extrêmement petits ; on lui donna ensuite une grande quantité de roses : elle enlevait les feuilles et les réduisait en très fines parcelles. Peu de jours plus tard, elle commença à esquisser sur la table avec ces parcelles de grossières représentations de roses ou d'autres fleurs de jardin ; elle n'avait jamais reçu aucune instruction en dessin.

Les roses étant chose relativement rare à Londres, on lui mit dans les mains un grand morceau de papier et une paire de ciseaux, et pour quelques jours elle eut une occupation en coupant le papier en morceaux ; au bout d'un temps ces morceaux constituèrent de grossières figures et modèles ; on eut dit des raccommodages. A la longue on lui fournit tout ce qu'il fallait pour faire du raccommodage, et après quelques indications qui lui furent données elle s'adonna sérieusement à son aiguille et à ce genre d'occupation. Dès lors elle travailla sans cesse du matin au soir, les dimanches comme les autres jours de la semaine car elle ne faisait point de différence entre les jours. Elle ne conservait aucun souvenir d'un jour à l'autre de ce qu'elle avait fait la veille, et ainsi chaque jour entreprenait une tâche nouvelle.

Ce qu'elle commençait elle le continuait tout le jour n'ayant souci que de manger et boire, ne prêtant aucune attention à ce qui pouvait se passer autour d'elle, attentive seulement à son ouvrage. De temps en temps, et même deux ou trois fois dans le courant de la journée, elle avait ce que sa mère appelait *ses crises*. Au milieu de son travail, sans excitation venant de l'extérieur, sa tête se renversait en arrière, ses paupières se refermaient, ses bras et ses jambes se raidissaient, ses mains se crispaient, Puis, au bout de quelques minutes, d'une demi-heure ou plus, les muscles se relâchaient, les yeux s'ouvraient, et elle reprenait son travail, paraissant ne pas s'être aperçue de ce qui venait de se passer. Puis elle parut s'intéresser aux représentations de fleurs et de boutons se trouvant sur la soie ainsi qu'aux autres

choses que l'on voit en tapisserie. La perception des couleurs et l'esprit d'imitation furent les premières preuves qu'elle donna du progrès de ses facultés psychiques. Elle avait reçu une bonne instruction, et avait beaucoup aimé les livres ; pourtant elle ne pouvait ni lire ni écrire et ne reconnaissait même pas les lettres de l'alphabet. Toutes ses anciennes connaissances et son expérience d'autrefois paraissaient détruites, ou du moins oubliées pour un temps ; mais il y avait une exception : un sentiment de crainte, de frayeur à l'égard de l'eau ; et alors elle commença comme un enfant, à acquérir des idées et à se former une expérience. En admettant que les sens soient les seules voies ouvertes aux connaissances que l'on est capable d'acquérir et que rien n'est en l'intelligence qui n'ait été d'abord dans un sens, on ne pouvait pas s'attendre, dans ces conditions anormales, avec seulement la vue et le toucher pour communiquer avec le monde extérieur, à autre chose qu'à des progrès excessivement lents.

Cependant elle montrait de l'intérêt à regarder des peintures ou des gravures surtout de fleurs, d'arbres et d'animaux, mais lorsqu'elle voyait un paysage avec une rivière, ou une vue sur une mer agitée, elle devenait excitée, violemment agitée et était prise immédiatement d'une de ses crises de rigidité spasmodique et d'insensibilité. Si l'on enlevait l'image avant la fin de l'accès, aucun souvenir ne paraissait lui rester, mais si grand était le sentiment de frayeur à l'égard de l'eau que la vue d'une eau agitée, l'eau contenue d'un vase dans un autre, la faisait frémir, trembler et que pour se laver les mains elle ne faisait que les plonger sans les remuer. Lorsqu'elle fut chez elle depuis une quinzaine, j'eus le bénéfice de nombreuses consultations avec mon ami le Dr Todd, du collège Royal. Elle avait en partie recouvré le goût et refusait désormais de prendre les médicaments à saveur désagréable.

Le Dr Todd exprima sa conviction qu'elle guérirait parfai-

tement quoique peu à peu et très lentement ; cette opinion se trouva pleinement confirmée.

L'accident arriva en 1843, et il y a seulement quelques semaines qu'elle a complètement recouvré l'usage de l'ouïe et la pleine jouissance de ses facultés mentales et corporelles. Nous fûmes d'accord pour penser qu'il fallait continuer la médication tonique, en associant la quinine et le fer. De plus nous conseillâmes de fréquentes lotions de la tête et des reins avec de l'eau froide, et l'usage des douches dès qu'elles pourraient être supportées. Au premier essai, comme nous nous y attendions, l'eau tombant sur sa tête après avoir traversé une passoire ordinaire produisit une telle excitation et une frayeur si inquiétante suivie d'un accès d'insensibilité d'une durée telle que l'expérience ne fut pas répétée.

A partir de ce moment, son intérêt pour les fleurs grandit de jour en jour, plus particulièrement pour les boutons de roses et les fleurs sauvages. Rien ne lui faisait plus de plaisir qu'un petit bouton de rose bien frais. Elle voulait le regarder tout le temps, le plaçait à côté d'elle avec une satisfaction évidente, tandis qu'un sourire se montrait sur son visage si sa mère ou moi venions à l'admirer.

Mais elle était encore dépourvue d'odorat et ne rentra en possession de ce sens qu'en janvier de l'année suivante. Son esprit cependant s'était peu à peu réveillé de sa léthargie, ou du moins ses facultés de perception s'étaient développées de nouveau sous l'action stimulante des influences extérieures, car elle prêtait une plus grande attention à ce qui l'entourait, et s'intéressait davantage à ses jeunes frères qui étaient continuellement avec elle, et elle surveillait plus attentivement les mouvements de sa mère. La présence d'étrangers la rendait irritable et inquiète, mais elle ne pouvait pas supporter l'absence de sa mère. Les choses continuèrent ainsi lorsque survint dans la famille en octobre un accident qui éveilla sa sensibilité et tout d'un coup lui rendit l'usage d'une faculté disparue, la parole.

Voyant sa mère agitée et inquiète elle devint exaltée elle même et dans son émotion jeta tout d'un coup « qu'y a-t-il? ». A partir de ce moment elle commença à articuler quelques mots ; mais elle ne donnait leur nom ni aux personnes ni aux choses. Le pronom « cela » était son mot préféré, et elle l'appliquait indifféremment à toute chose animée ou non. Elle continuait son travail de tapisserie et cela avec tant d'ardeur qu'elle eut bientôt épuisé les matériaux qu'on lui avait fournis, et sa mère ne savait comment lui fournir une nouvelle occupation. Dans cet embarras, un ami eut l'heureuse idée de proposer des travaux avec de la laine, et bien que nouveau, ce travail absorba bientôt toute son attention et toute son activité. Elle s'amusait beaucoup des couleurs et des fleurs que portaient les modèles qu'on lui fournissait. L'harmonie des couleurs paraissait être pour elle une cause de satisfaction spéciale ; si l'on plaçait devant elle quelque spécimen lui déplaisant parce qu'elle pensait n'avoir jamais observé pareille chose, elle le jetait immédiatement de côté. Elle s'appliquait étroitement à sa nouvelle occupation et abandonnait complètement l'ancienne.

Elle n'avait encore aucun souvenir d'un jour à l'autre pour ce qu'elle faisait et chaque matin entreprenait une tâche nouvelle, à moins qu'on n'ait placé devant elle l'ouvrage qu'elle avait commencé, et après avoir reproduit les modèles des autres elle commença à en imaginer elle-même.

En janvier l'odorat revint et à partir de ce moment elle fit de nouveaux progrès vers le mieux. Sa sensibilité était augmentée et l'émotion chez elle était bien vite produite,

Elle était sujette comme autrefois à ses crises d'insensibilité et de rigidité spasmodique. Elles étaient même devenues plus fréquentes et il était alors bien évident qu'elles étaient le résultat d'émotions. Une fois, effrayée par un étranger, elle eut une véritable crise hystérique suivie d'insensibilité : et elle perdit pour quelques jours la parole, le goût et l'odorat. La seule vue de la même personne lui fit

une autre fois pousser un cri de frayeur, et la mit en grande agitation. Ses sentiments étaient surtout la crainte et la terreur, et toutes les fois qu'elle était inquiétée elle avait une attaque.

Sur le conseil du Dr Todd et de moi-même elle partit pour la campagne en avril. Elle retourna chez son grand père à Shoreham, et habita la maison où elle résidait avant l'accident. Elle était charmée par la nature et l'approche du printemps, mais son esprit n'était pas encore normal.

Elle ne reconnut pas son grand-père et sa grand-mère, la maison de Shoreham comme les amis et les endroits bien connus ne lui dirent rien, elle avait perdu le souvenir de toute chose ainsi que de tous les événements. Mais la vue de ses vieilles amies, devenues ses jeunes associées, (car semblable à un enfant elle avait de la passion pour elles), les fleurs sauvages, la firent littéralement sauter de joie; elle courut les chercher dans les champs et le plaisir joint à la surprise trouva le terme en langage articulé. Les fleurs sauvages furent la première chose qu'elle appela de son vrai nom.

Un jeune homme pour lequel elle avait de l'attachement avant l'accident, et qui avait été très aimable et très attentionné pendant sa maladie à Londres, l'accompagna à Shoreham ainsi que sa mère. Un ou deux jours après il retourna à la ville avant qu'elle ne fut accoutumée et réconciliée avec les gens et les lieux car encore à ce moment toute chose nouvelle, tout visage inconnu était pour elle une cause de frayeur. Elle remarqua son absence ; il avait été le grand objet de son attention et elle devint malheureuse et chagrine. Je dois dire ici qu'au début de sa maladie il avait été un objet d'intérêt pour elle alors que rien autre chose ne pouvait éveiller son attention. Elle était toujours charmée et rassurée lorsqu'il était à côté d'elle. Rien ne semblait lui procurer plus de plaisir que sa présence. Il venait la voir régulièrement tous les soirs et elle guettait toujours du regard son arrivée. A un moment où elle ne se rappelait pas d'une heure

à l'autre ce qu'elle avait fait, elle attendait avec anxiété l'ouverture de la porte vers le moment où il avait l'habitude de lui faire visite, et s'il ne venait pas elle était inquiète et de mauvaise humeur tout le soir. Maintenant qu'elle ne le voyait plus elle devenait malheureuse et irritable ; ses crises étaient fortes et plus nombreuses ; elle mangeait peu et n'avait plus de goût à rien ; à la fin elle prit le lit et sa mère s'inquiéta. On partit à la recherche du jeune homme, et on finit par décider qu'il resterait quelque temps à Shoreham. Sa présence produisit l'effet qu'on en attendait, il la réconforta et lorsqu'il était à côté d'elle, elle était heureuse. Sa santé corporelle et ses forces se rétablirent et quelque temps après elle reprit son ancien passe-temps, la couture. Son état ne pouvait pas encore être considéré comme normal. Sa mémoire était si faible qu'elle ne se rappelait pas d'un jour à l'autre ce qu'elle avait fait. Elle était très irritable et facilement excitée ; la plus petite crainte provoquait une crise d'insensibilité et de contracture.

Elle aimait mieux courir dans les champs et les bois cueillir des fleurs sauvages que de coudre dans la maison.

Tel était l'état des choses au commencement de juillet. Beaucoup de mots étaient venus enrichir son pauvre vocabulaire, elle avait fait quelques progrès au point de vue mental. sa santé et ses forces étaient rétablies, quand la scène fut troublée et de nouveaux sentiments furent remués par la jalousie.

Elle était suffisamment sensible à ce qui se passait autour d'elle pour remarquer. et cela avec peine, que le jeune homme était attentionné pour une autre et la négligeait, qu'on acceptait ses amabilités et qu'on le payait de retour ; en un mot elle devint jalouse, et non sans raison. Un jour, elle fut témoin d'une scène qui lui donna un coup si violent et si inattendu qu'elle tomba en proie à une attaque et resta de longues heures insensible, à la grande frayeur des siens. Cet accès ressembla dit-on au premier qui lui avait enlevé

l'usage de ses sens. Il se montra critique et salutaire. Lorsque la sensibilité revint, elle n'était plus sous l'influence du charme. Le voile de l'oubli était déchiré et, comme s'éveillant d'un sommeil de douze mois, elle se vit entourée de son grand-père, de sa grand-mère, et des amis des alliés de sa famille, dans la vieille maison de Shoreham.

Elle s'éveilla en possession de ses facultés naturelles et de son ancienne expérience, mais *sans le plus léger souvenir de ce qui s'était passé depuis sa première crise*. Elle parlait mais n'entendait pas ; elle était encore sourde mais comme elle pouvait lire et écrire comme par le passé elle ne fut plus sans communiquer avec autrui.

Pourtant elle n'avait pas souvenir de la scène à laquelle elle avait assisté et de l'effet brutal qui s'en était suivi ; elle ne savait pas que son amoureux avait de l'affection pour une autre, sa mère jugea bon de l'éloigner de la maison le plus tôt possible et d'éviter ainsi de l'exposer au danger d'avoir ses sentiments froissés et l'esprit bouleversé.

Je la vis le jour de son rétablissement. Elle était faible mais avait toute sa sensibilité, et était très heureuse de me voir ; sachant bien qu'elle était chez elle, avec sa mère et sa famille elle présentait un contraste frappant mais aussi charmant avec l'état dans lequel elle était lorsqu'on l'amena la première fois.

A partir de ce moment elle améliora sa santé, mais ce n'est que le mois dernier qu'elle recouvra l'ouïe. Elle comprit bientôt parfaitement par le mouvement des lèvres ce que disait sa mère, elles conversaient toutes deux avec aisance et rapidité, mais elle ne comprenait pas le langage de lèvres chez un étranger. Une fois, que les canons de la Tour tiraient, elle entendit le bruit, ou plutôt, pour employer son expression, « elle le sentit par tout son corps ». Mais un garçon sifflant dans la rue fut le premier son qu'elle perçut distinctement. Il sifflait un air populaire bien connu dans une clef qui rendait un son élevé et perçant, et elle eut

ce bruit dans les oreilles les jours suivants. Cinq ou six semaines plus tard elle vint à Brighton ; après quelques jours elle entendit le murmure de la mer et maintenant elle entend mieux que jamais. Elle est revenue chez elle en parfaite santé possédant toutes ses facultés intellectuelles et corporelles,

OBS. II. — Griesinger. — *Etat de démence persistant plusieurs semaines, à la suite d'une tentative de strangulation. Traité des maladies mentales.* 1865, p. 380.

Tentative de suicide par pendaison chez un détenu de vingt-cinq ans. — Amnésie à début retardé ; période de seconde conscience avec amnésie antérograde de conservation pendant un mois et demi environ. Retour à l'état normal avec amnésie antérograde de reproduction portant sur la première période et la journée qui suivit la tentative (journée durant laquelle le sujet renseigna sur son acte).

Un prisonnier âgé de vingt-cinq ans, fort et robuste, se pend ; on le dépend, et presque immédiatement il donne des signes de vie : bientôt il reprend connaissance. Le récit qu'il fait de l'histoire de sa vie et des motifs qui l'ont poussé au suicide (le dégoût de la vie), est empreint d'un grand calme et paraît très raisonnable. Le jour suivant, le malade se tient tranquille et parle peu ; le troisième jour, il ne dit plus rien. Le regard est fixe, les yeux injectés, les muscles temporaux, masséters, et ceux des yeux sont le siège de contractions convulsives, la face est immobile comme celle d'une statue.

Le malade semble ne percevoir aucune impression des sens, il n'y a qu'un bruit très fort qui amène de légères contractions des muscles du visage ; il va et vient, il mange, mais sa physionomie n'exprime rien, ni désir, ni sensation. Trois semaines après, on place le malade dans une maison de santé où, au bout de quelques autres semaines, il sort de cet état d'engourdissement. Il se rappelle très bien les cir

constances qui l'ont amené au suicide et qui ont précédé l'acte, jusqu'au moment où il a perdu connaissance, et il décrit le combat très vif qui a eu lieu dans son esprit entre la résolution et l'accomplissement du suicide, ainsi que les sensations qu'il a éprouvées dans les yeux et dans les oreilles, au moment où il s'est pendu. A partir de cet instant jusqu'à celui où il a repris connaissance, il ignore complètement ce qui s'est passé ; il n'avait pas non plus conscience de la manière dont il revint à la vie et de l'intervalle de plusieurs heures pendant lequel il a eu la jouissance de ses facultés. La seconde fois qu'il est revenu à lui-même et qu'il a recouvré sa connaissance, cela s'est fait brusquement ; un jour qu'il se promenait dans la cour, l'idée des bâtiments qui l'entouraient se réveilla en lui et aussitôt le souvenir d'une foule d'autres objets analogues lui revint à l'esprit. La santé générale et les facultés intellectuelles se rétablirent promptement.

OBS. III. —Schule. — *Traité clinique des maladies mentales*. (Troisième édition, (1886), traduite par les docteurs J. Dagonet et G. Duhamel), page 216.

Un homme de quarante-six ans, sans tare héréditaire, tomba, à la suite de chagrins, dans un état de mélancolie commençante et se pendit ; mais il fut secouru à temps : il présenta alors des mouvements convulsifs intenses et une agitation maniaque stupide qui dura plusieurs heures ; à partir de ce moment, il fut *dans un état de démence*, et ressemblait à un paralytique (inégalité pupillaire, contraction inégale des muscles du visage, démarche embarrassée, ralentissement de la parole). Lui-même attribuait cet état aux convulsions qui avaient suivi sa tentative de pendaison. Il montrait une apathie complète et une certaine sensiblerie ; la mémoire et le jugement étaient affaiblis ; il passait brusquement de l'euphorie à un larmoiement puéril. Il ne se

souvenait pas des faits les plus récents, et il répétait souvent qu'il était frappé de démence. Au bout de huit mois survint une amélioration lente, et enfin la guérison ; mais quelques lacunes psychiques subsistèrent.

Plusieurs années plus tard, une récidive détermina un état d'incurabilité.

OBS. IV.— Féré et Bréda.— *Tentative de suicide par pendaison. Amnésie rétroactive. Modification du délire.* (*Archives de neurologie*, 1886, t. XII, p. 377).

Tentative de suicide par pendaison chez une persécutée mélancolique. Coma. Accidents d'œdème de la glotte et de distension du plexus brachial. Amnésie simple. Atténuation momentanée du délire.

Antécédents héréditaires.— Père. Bien portant ; buveur, de temps en temps a des névralgies quelquefois très tenaces.

Mère. Très nerveuse, a eu de nombreuses attaques qui persistent encore à l'heure actuelle, mais en moins grande quantité depuis la ménopause.

Antécédents personnels.— On ne relève chez M...aucune trace d'affection nerveuse dans l'enfance ; mais ses souvenirs ne paraissent pas très précis. Elle a été réglée de bonne heure (?) et présentait, paraît-il, une légère excitation au moment des époques.

Premier accès. — Il y a dix-huit ans, elle entre dans le service de M. Trélat, qui porte comme diagnostic ; manie hystérique.

On avait voulu la faire marier de force. Tentative de suicide. Séjour de seize mois. Depuis, bonne santé, sauf un peu d'excitation aux époques. Actuellement, on ne trouve plus

de stigmates hystériques, sauf peut-être un point ovarien du côté droit.

Deuxième accès. —(18 septembre 1885). Travaillait au Bon Marché ; le prix de son travail est diminué ; une personne qui avait promis de s'interposer, en profite pour se substituer à elle et tenir sur elle et son mari des propos désagréables, dit qu'elle se vengera, tient des propos incohérents et est agitée,

Toutefois elle n'aurait point eu à ce moment d'idée de suicide.

Troisième accès. — Sortie le 9 octobre 1885, elle rentre à la Salpétrière quelques jours après et, si l'on en croit la famille, l'amélioration qui avait autorisé sa sortie n'avait point duré plus de vingt-quatre heures après ; le 20 octobre, jour de sa rentrée, même aspect, même physionomie, mêmes propos.

A ce moment, apparaissent des idées de suicide, qu'elle essaie de motiver en disant qu'elle est certaine de ne point guérir de sa maladie et qu'elle est désespérée de ne pouvoir rester chez elle pour soigner son enfant.

1er mars 1886. — B... essaie de se suicider en avalant des épingles ; elle prétend en avoir avalé plus de 100 ; la malade devient de plus en plus sombre ; elle porte aussi au bras droit une petite plaie qu'elle s'est faite avec des éclats de verre.

B... prétend qu'elle veut débarrasser son mari et la société d'un membre inutile puisqu'elle est assez dénaturée pour ne point soigner son enfant et abandonner son ménage ; elle annonce qu'elle s'étranglera. Pas d'hallucinations.

11 mars. — B... essaie de se suicider en avalant du verre pilé, qu'elle vomit presque immédiatement. Pas d'accidents.

16 mars. — B... avale dans les cabinets du chlore qui y avait été déposé quelques instants auparavant.

Vomissements. — Pas d'autres accidents.

Depuis lors, la malade devient de plus en plus sombre,

disant qu'elle est une coquine, une misérable, que bien des gens qui ont passé par la guillotine sont moins coupables qu'elle. — Insomnie constante.

Mélancolie s'accentuant chaque jour ; de temps à autre diverses petites tentatives de suicide qui toutes avortent successivement. — Pas d'hallucinations. — B... se trouvait le plus souvent dans le service avec une autre malade K.... hantée, elle aussi par des idées de suicide ; cette dernière était pour ce fait la plupart du temps camisolée ; leur entretien roulait presque constamment sur le suicide et les moyens de le mener à bonne fin.

Le jeudi 26 août 1886, à une heure de l'après-midi, K.. vient trouver la surveillante de service, et lui dit que B... est montée dans le dortoir des filles de service, et que très probablement elle n'y était que pour se faire du mal ; la surveillante se hâte de se rendre à l'endroit désigné et y trouve B... pendue à une barre de fer de la fenêtre. Cette fenêtre vitrée était ouverte, mais l'ouverture était fermée par un grillage qui laisse libre en dedans l'encadrement de la fenêtre. B... après avoir attaché la corde au barreau supérieur du grillage s'était assise sur l'encadrement de la fenêtre, le dos tourné en dehors, puis s'était laissé glisser. Dans ce glissement, elle s'était portée du côté gauche, de sorte que le bras gauche s'était tourné en arrière et en bas, et était pris entre le corps et le mur. La tête s'était aussi portée du même côté. Aussi le sillon que la corde forme sur le cou arrive-t-il en arrière jusqu'à la ligne médiane à gauche tandis qu'à droite il s'avance beaucoup moins loin. La constriction a surtout porté du côté gauche, vers lequel la tête était fortement fléchie : c'est ce qui peut expliquer le tiraillement du plexus cervical du côté droit, dont nous retrouverons plus loin les conséquences.

La corde immédiatement coupée, B..., est étendue par terre, elle ne donne plus signe de vie ; on la flagelle avec des linges trempés dans du vinaigre ; on lui promène de nom-

breux sinapismes sur tout le corps et on finit par la ramener à la vie.

La voix est perdue ; le cou est extrêmement gonflé et porte une raie ecchymotique, beaucoup plus marquée à gauche, qu'à droite. A gauche, cette trace de la corde arrivée dans la région de la nuque, se prolonge jusqu'à la ligne médiane, qu'elle dépasse même un peu. A droite, la trace est beaucoup moins profonde, ce qui est expliqué par la position dans laquelle B... a été trouvée.

A l'examen de la gorge, on constate que la luette est gonflée ainsi que les piliers du voile du palais ; deux incisives et une canine inférieures sont très ébranlées. Il est impossible de porter les recherches plus loin de ce côté à cause de la difficulté considérable de la respiration.

B... est placée dans un fauteuil ; la respiration est sifflante, rauque, on entend un bruit de drapeau dans le larynx ; la suffocation est telle à de certains moments qu'on se tient prêt à pratiquer la trachéotomie. La malade est absolument inconsciente ; elle ne s'occupe en aucune façon de ce qui se passe autour d'elle, ne répondant pas aux questions qui lui sont faites ; la sensibilité paraît très diminuée, au point que la malade ne retire point le bras quand on la pince très fortement.

Vendredi matin 27 août. — Le cou est toujours gonflé, les lèvres sont violacées, les yeux saillants, le tirage n'est point diminué et il y a toujours lieu de craindre la nécessité de la trachéotomie. Injection de morphine.

Vendredi midi. — A la suite des injections de morphine, les accès de suffocation ont diminué ; la voix est légèrement revenue, mais rauque, très voilée, éraillée et difficilement compréhensible, la malade respire toujours avec peine, mais le tirage est moindre.

Vendredi soir. — B... va beaucoup mieux ; le cou est dégonflé, le tirage a presque complètement disparu ; la malade parle, mais la voix est toujours très voilée. — Boissons tièdes, ingérées assez facilement.

Samedi 28. — Le gonflement est à peu près complètement disparu ; la respiration est devenue normale, la voix reste toujours un peu enrouée ; la malade toussote de temps à autre. Pas de crachats.

B... se plaint de douleurs dans l'épaule droite. L'amélioration que l'on constate au point de vue des accidents qui ont suivi le suicide n'est point la seule ; l'état mental lui-même est amélioré ; B..., qui antérieurement était sombre, anxieuse, a maintenant une physionomie ouverte ; elle s'étonne de se voir camisolée et dit qu'elle serait bien mieux à aider les filles du service à mettre en ordre le dortoir. B... n'a repris vraiment conscience d'elle-même qu'hier soir vendredi, c'est-à-dire trente et une heures après l'accident ; elle se rappelle avoir été oppressée à ce moment, mais elle a perdu le souvenir de sa tentative de suicide.

Elle explique son enrouement par le froid qu'elle aurait pris la veille en marchant les pieds nus dans l'eau.

Dimanche 29. — L'amélioration continue.

Lundi 30. — La malade est interrogée de nouveau, et l'on essaie de lui faire rappeler son suicide et les circonstantances qui l'ont précédé. « Nous sommes montées, nous dit-elle, dans le dortoir, K... et moi, pour reporter du linge, et là, nous avons fait la remarque qu'il serait bien aisé de se servir de la barre des fenêtres pour se pendre et débarrasser ainsi le monde de nous. » Nous poussons un peu la malade et nous lui demandons si elle n'a pas essayé de mettre son projet à exécution. « Oh ! non, nous répondit-elle, j'ai bien trop peur de me faire du mal ; j'avais bien une corde, mais je ne m'en suis pas servie. »

Sur de nouvelles instances auprès d'elle, B... se révolte, se plaignant que la fille nous a fait sur elle de mauvais rapports ; elle s'en prend à la surveillante, et lui reproche de la mal servir auprès de nous. A plusieurs reprises, le même sujet est abordé, mais il est impossible de la faire se souvenir de son suicide ; sa mémoire se perd au moment où, de

concert avec K..., elles examinaient le moyen de mener à bien leur suicide. Ce qui pourrait prouver la sincérité de B..., c'est qu'elle a recherché plusieurs fois la corde dont elle s'est servie, et qui était placée dans un sac à elle appartenant.

Si l'on demande à B... l'explication de la raie noire que l'on voit sur son cou et qu'on lui montre dans une glace : « Ceci, dit-elle, c'est la camisole qu'on m'avait mise depuis deux jours, et qui doit avoir été trop serrée. » L'état mental est changé ; B... suppliait autrefois qu'on ne la renvoyât pas dans sa famille, parce qu'elle en était indigne ; aujourd'hui, au contraire, elle demande sa sortie. « J'étais venue ici, nous dit-elle, avec l'idée de ne plus en sortir et de ne plus rien faire ; j'étais, en faisant cela, bien criminelle ; mais maintenant, mon mari me pardonne tout, et j'espère bien que vous allez me signer ma sortie pour me permettre d'aller vivre au milieu des miens et de soigner mon enfant.» D'ailleurs, depuis sa tentative de suicide, elle a retrouvé le sommeil qu'elle avait perdu depuis longtemps.

OBS. V. — Terrien. — *Observation recueillie par M. le Dr Biaute. Le Progrès Médical*, du 17 septembre 1887.

Tentative de suicide par pendaison chez un homme de vingt-neuf ans atteint de mégalomanie, pas d'interruption de la respiration, convulsions épileptiformes. Amnésie simple.

C..., âgé de 29 ans, étant entré à l'asile de A..., le 22 novembre 1863, atteint de mégalomanie, sans aucun signe de paralysie générale. Dix-sept ans après l'admission, le 3 août 1880, sans que le mobile ait jamais pu être bien saisi, C... fit une tentative de suicide. Il s'attacha une corde autour du cou, et la fixa au bouton d'une porte séparant le vestibule de la section de l'escalier qui conduit au sous-sol.

On ne sait comment il ouvrit cette porte, il l'attira sur lui et se laissa ensuite glisser dans l'escalier.

Sa disparition fut vite remarquée et la corde fut coupée par un infirmier, avant que la respiration ait cessé, mais elle était difficile, irrégulière. C... faisait de grandes inspirations, séparées par un intervalle prolongé, les lèvres étaient froides, il y avait perte absolue de connaissance et résolution musculaire complète. On fit des frictions avec la laine et des mouvements respiratoires artificiels par élévation et abaissement des bras, et par compression et dilatation simultanées du thorax.

Etant encore sans connaissance, C.. a été transporté vers huit heures, à l'infirmerie. On a pratiqué la flagellation avec des compresses trempées dans de l'eau froide et on a continué les mouvements artificiels. La respiration pendant quelques instants, est revenue régulière, mais faible. Les pupilles étaient très dilatées. Tout à coup ont apparu des convulsions épileptiformes, avec déviation de la face ; par moment elles étaient tétaniques ; d'autres fois il y avait projection du tronc et des membres en différents sens ; une sueur profuse est survenue, la respiration a de nouveau été régulière et le pouls s'est présenté petit, filiforme. Des sinapismes avaient été appliqués sur tous les membres.

Vers onze heures, on met un vésicatoire à la nuque, et, comme C... peut déglutir, il est possible de lui faire absorber une potion avec 12 grammes de bromure de potassium. Le sillon est très marqué sur tout le pourtour du cou, avec excoriations sanglantes. Le même état a persisté toute la nuit, avec les mêmes convulsions ; mais la respiration est plus ample et tout danger imminent paraît avoir disparu vers minuit ; le pouls redevient meilleur. Rien n'a démontré qu'il y ait eu éjaculation spermatique.

A la visite du matin, il est encore dans le coma ; on lui fait prendre toutefois du liquide qu'il déglutit et qu'il avale parfaitement, les pupilles sont dilatées, mais sensibles, le

soir, il est réveillé, mais il ne parle pas. Les convulsions avaient cessé avant la visite et n'ont pas reparu durant la journée.

Le surlendemain, C... est mieux ; toutefois, il se plaint de souffrir de la gorge. Il ne veut pas avouer qu'il s'est pendu et prétend être victime d'une erreur médicale.

Le 8 août, le sillon est toujours marqué, même sur la partie qui a supporté le vésicatoire.

Le 12 août, le sillon est brun parcheminé.

Le 25 août, C... est devenu plus calme et parle d'une façon sensée. Il avoue ne se souvenir de rien de ce qui s'est passé pour la tentative de suicide. Il s'est trouvé à l'infirmerie sans savoir comment. Il dit encore que durant le mois de juillet, en pleine nuit, il avait déjà essayé de se pendre aux barreaux de son lit mais la corde s'était rompue.

Au mois de décembre, le sillon est blanchâtre ; la trace du vésicatoire à la nuque apparaît brunâtre encore.

OBS. VI. — Régis. *Amnésie rétrograde après tentative de suicide par pendaison. Archives cliniques de Bordeaux*, 1894, tome III page 520).

Tentative de suicide par pendaison chez un homme de soixante-un ans atteint de lypémanie anxieuse avec délire de culpabilité imaginaire. Amnésie rétrograde portant sur une période d'environ vingt-quatre heures. Pas de modification du délire.

Un matin du mois de novembre 1887, vers sept heures, je suis appelé en hâte auprès d'un malade de l'asile d'aliénés, X..., qui venait de se pendre. C'était un homme de soixante et un ans, atteint de lypémanie anxieuse, avec délire de culpabilité imaginaire et d'indignité, peur de l'excommunication et de l'enfer, refus d'aliments, propension très marquée au suicide, etc.

L'interne en faisant sa tournée du matin, l'avait trouvé accroché par sa serviette au boulon du volet intérieur de la fenêtre de sa chambre qu'on venait d'entr'ouvrir, environ à un mètre cinquante de hauteur. Les genoux, repliés sur eux-mêmes, touchaient presque le sol ; la tête était inclinée en avant et à droite, la joue gauche appuyée fortement contre le volet ; la langue était pendante et tuméfiée, le pantalon mouillé d'urine. Après l'avoir décroché en le soulevant, puis étendu et dégagé de ses liens, l'interne était venu me chercher.

A mon arrivée, je trouvai M. X... ne respirant plus, insensible, les pupilles dilatées, avec toutes les apparences de la mort. Je pratiquai la respiration artificielle qui finit, au bout d'un certain temps, par amener un très léger mouvement de respiration et à partir de ce moment j'activai le retour de cette fonction par l'adjonction de flagellations énergiques. Vers dix heures, la vie commença véritablement à revenir et je pus quitter le malade ; mais ce ne fut que le soir, vers six heures, qu'il reprit entièrement connaissance.

Je ne sais si, dans l'intervalle et durant mes absences, il eut des convulsions et des mouvements automatiques de la marche ; je ne les constatai pas pour ma part et ils ne me furent pas signalés. Il faut dire aussi que je ne me préoccupai aucunement de l'existence possible de ces phénomènes. Mais le fait qui me frappa fut le suivant : le soir même, lorsque M. X... fut revenu à lui, j'essayai de l'interroger sur sa tentative de suicide et de le gronder doucement à ce sujet. A ma grande surprise, il eut l'air de ne pas savoir de quoi je lui parlais et quand je lui déclarai nettement qu'il savait bien qu'il avait voulu se pendre, il demeura comme stupéfait. Ma première pensée fut qu'il dissimulait. Avec les aliénés, en effet, il faut toujours songer à la dissimulation et il en est beaucoup qui nient leurs tentatives de suicide, soit par réticence pure, soit pour pouvoir recommencer à l'aise. Aussi mis-je comme un point d'honneur à obtenir

du malade un aveu, de sorte que pendant plusieurs jours je le retournai pour ainsi dire en tous sens, essayant même de le faire confesser par l'interne ou par son fils qu'il adorait ; à toutes les questions, à toutes les instances, il opposa les dénégations les plus absolues, se refusant à croire aux détails qu'on lui donnait de l'accident, allant malgré ses craintes religieuses, jusqu'à prendre Dieu à témoin de sa sincérité. Finalement, j'arrivai à croire qu'il disait vrai et qu'il *avait*, en effet, *perdu le souvenir de sa tentative de suicide*, ce qui, je l'avoue, me surprit fort à ce moment. En l'interrogeant dans ce sens, je m'assurai même que la lacune de sa mémoire *remontait en arrière jusqu'à la veille*, au moment du repas du soir, *et qu'elle s'étendait en avant à toute la période de ranimement*, à ce point que M. X... ne se rappelait avoir eu ni perte de connaissance, ni malaise quelconque.

Il s'agissait donc bien d'une amnésie rétrograde ou, plus exactement, rétro-antérograde, et je restai convaincu que les tentatives graves de suicide par pendaison pouvaient s'accompagner d'une perte lacunaire du souvenir, tout comme les traumatismes du crâne ou les violents chocs moraux.

Je dois dire que cet événement n'eut aucune influence sur l'état mental du malade, dont le délire mélancolique et anxieux persista avec la même acuité jusqu'au moment où, deux mois après, il fut repris par sa famille et ramené dans son pays.

OBS. VII.— Lürhmann.— *Convulsions et amnésie après retour à la vie chez les pendus.* (*Ueber Krampfe und Amnésie nach Wiederbelebung. Erhangter*) *par Lürhrmann* (*Dresde*). *Allgemeine Zeitschr, für Psychiatrie, t. LII. fasc. 1, p. 185, 1895. — Revue neurologique, 1895, p. 565.*

Antécédents héréditaires. — Alcoolisme. A quatre

reprises, perte de connaissance, une fois avec crises de larmes, très grande excitabilité. Tentative de suicide par pendaison suivie de convulsions épileptiformes ; amnésie rétrograde ne s'étendant qu'à la tentative.

L'auteur repousse l'hypothèse d'hystérie malgré la réussite partielle de l'hypnose, pour admettre une lésion mécanique du cerveau (?) en raison de certains symptômes d'ailleurs très passagers : la disparition du réflexe cornéen, la dilatation pupillaire, l'élévation de la température, etc.

OBS. VIII. — *Antécédents héréditaires.* — Alcoolisme. Attaques hystériformes. Idées de suicide. Tentative de pendaison, suivie de convulsions et d'amnésie ; on constata une hémianesthésie complète ; le lendemain, il n'existait plus que les zones d'anesthésie. L'auteur admet l'hypothèse d'hystérie.

OBS. IX. — Un mélancolique, après une tentative de strangulation, présente une amnésie rétrograde ne s'étendant qu'à sa tentative, et antérograde s'étendant à quelques jours.

OBS. X.— Wollenberg. — *Arch. f. psychiatrie*, t. xxxi, f. 1 et 2, 1898 (p. 15, 1 obs. Bibl.) *Revue neurologique*, 1899 p. 189.

Tentative de suicide par pendaison chez un homme de trente-neuf ans, atteint de paranoïa. Perte de connaissance d'environ vingt-quatre heures avec convulsions généralisées. Amnésie rétrograde comprenant l'acte et les faits qui le précédèrent immédiatement.

Un homme de 39 ans, atteint depuis un an de paranoïa, fait une première tentative de suicide par pendaison, puis

une seconde. Après la première, secouru de suite, il n'a pas perdu connaissance.

Dans la seconde, la pendaison a duré environ 3 minutes ; état comateux, avec ralentissement et irrégularité de la respiration, parfois type de Cheyne-Stokes, secousses fibrillaires, puis fasciculaires, enfin secousses généralisées de forme tonique, allant jusqu'à l'opisthotonos. Exagération des réflexes, tremblement épileptoïde. Dilatation et immobilité pupillaire dans les crises ; réaction lumineuse faible dans les périodes calmes, quelques mouvements d'apparence automatique. La connaissance revient lentement au bout de 24 heures, les réflexes redeviennent aussi normaux. On constate de la confusion des idées, mais surtout une amnésie rétrograde pour la dernière tentative de suicide, amnésie qui persiste jusqu'à la sortie du malade.

OBS. XI. — Nijégorodeff. — *Troubles consécutifs à l'auto pendaison.* (*Revue neurologique*, 1899, p. 438).

La malade, âgée de 56 ans, est une délirante chronique depuis quinze ans, elle a des accès aigus. Dix jours après une tentative de pendaison, elle présenta de la paralysie faciale gauche avec hémiplégie droite ; de l'aphasie, de l'amnésie et de l'agraphie. Cécité et surdité psychiques.

OBS. XII. — Joffroy. — *Amnésie rétro-antérograde consécutive à la pendaison.* (*Revue neurologique*, 1900 p. 352).

Tentative de suicide par pendaison chez un homme de cinquante-deux ans atteint de mélancolie avec quelques idées délirantes de persécution. La corde casse, pas d'interruption de la respiration, secousses convulsives dans les membres. Amnésie rétro-antérograde, complète pour les évènements qui ont précédé et suivi la tentative, pendant deux jours

environ. Amnésie rétro-antérograde incomplète pour les faits qui ont précédé et suivi la période d'amnésie complète, pour une période de quelques jours.

Le sujet de cette observation est un homme de 52 ans, présentant depuis plusieurs mois un état de mélancolie anxieuse, avec quelques idées délirantes de persécution ; les idées de suicide, d'abord vagues, se sont progressivement développées et sont devenues par la suite très impérieuses.

On ne recueille aucun renseignement intéressant ni sur le père, ni sur la mère du malade ; mais on apprend qu'un de ses frères eut des accidents vésaniques caractérisés par des idées de persécution, et qu'une de ses sœurs a présenté, à deux reprises, des troubles mentaux nettement caractérisés.

Le malade est marié, a toujours mené une existence absolument régulière, il est très sobre et n'a jamais eu aucune affection vénérienne. Il a une fille âgée de 20 ans, intelligente, mais présentant un strabisme congénital et ayant des attaques d'épilepsie.

Il semble même que le retour de ces crises convulsives, suspendues pendant plusieurs années sous l'influence d'un traitement bromuré, ait joué un rôle important dans l'apparition de l'état mélancolique du malade : il s'en montra, en effet, très affecté, devint de plus en plus triste, puis nettement mélancolique.

C'est dans ces conditions qu'il songea à se suicider ; il en parla à différentes reprises à sa femme et il lui proposa même de s'asphyxier en commun avec leur enfant.

Peu après, le malade, profitant d'une courte absence de sa femme, se pendit ; la corde cassa et il tomba à terre. Quand sa femme rentra, elle le trouva inerte, mais respirant toujours.

La figure cyanosée était grimaçante. Il y avait de l'écume aux lèvres, les membres présentaient un certain degré de raideur et bientôt après ils étaient agités de secousses convul-

sives. Ensuite le malade s'endormit d'un sommeil comateux pendant près d'une demi-heure. Au réveil, il présentait une agitation extrême, et en proie à des hallucinations terrifiantes il poussait des cris et agitait les bras comme pour repousser des êtres imaginaires. Cet état dura plus de deux heures, après quoi le malade dormit d'un sommeil calme pendant quatre heures, et quand ensuite il se réveilla, il se montra toujours fort anxieux et très troublé, mais cependant il reconnut sa femme.

La nuit se passa sans aucun incident et le lendemain sa femme s'aperçut avec étonnement qu'il avait complètement perdu le souvenir de ce qui s'était passé la veille.

On prit alors la résolution d'amener le malade à l'asile Sainte-Anne et pour cela on prétexta un voyage d'affaires à Paris ; le malade s'y décida facilement et s'habilla seul, sachant fort bien retrouver tous les objets dont il avait besoin.

Le lendemain, dans le service on constate chez le malade les traces de la pendaison. Un sillon parcheminé, brunâtre, passe au niveau de la partie supérieure du cartilage thyroïde, et s'étend symétriquement sur les faces latérales du cou, en remontant vers la partie postérieure des régions mastoïdiennes.

La voix est voilée.

Le malade ne se rend pas compte de sa situation. Il vient d'apprendre qu'il est à Sainte-Anne. Il en est fort étonné. Il ignore, en effet, qu'il a fait une tentative de suicide, il a oublié son voyage à Paris, il ne se rappelle pas quelles sont les personnes qui l'ont accompagné soit pendant ce voyage, soit au moment de son entrée à l'asile. Il ne se rappelle pas non plus exactement depuis combien de temps il est à Sainte-Anne et enfin, s'il se souvient qu'autrefois il a eu de vagues idées de suicide, il ne se rappelle pas avoir jamais pris une résolution bien ferme d'en venir à l'exécution.

En tout cas, il a perdu, de la manière la plus absolue, le

souvenir des préparatifs et de la tentative de suicide,et pour montrer combien cette perte du souvenir est absolue dans ce cas, nous rapporterons une question que le malade nous a posée cinq jours après sa tentative, lorsque nous essayions vainement de réveiller sa mémoire ; « Eh bien, puisque vous dites que j'ai essayé de me pendre, voudriez-vous me dire en quel endroit cela ce serait passé ? »

On constate cependant que le souvenir est assez fidèle pour les faits qui ont précédé de plusieurs jours et surtout de plusieurs semaines la tentative de suicide, et en particulier le malade fournit les renseignements les plus précis sur l'épilepsie dont sa fille est atteinte et les accidents les plus récents qu'elle a présentés il y a environ cinq ou six semaines.

En résumé, il y a une amnésie totale qui comprend tout ce qui a précédé ou suivi immédiatement la tentative de suicide, pendant deux jours environ. En outre, il y a une amnésie incomplète s'étendant, avant et après la période d'amnésie complète, à un laps de temps de plusieurs jours. Il y a donc amnésie rétro-antérograde.

En présence d'une amnésie aussi nettement caractérisée, il y a lieu de rechercher si le malade présente des stigmates d'hystérie. Or, jamais antérieurement on n'a observé chez lui aucun accident imputable à l'hystérie, il n'y a pas de troubles de la sensibilité, pas de zone hytérogène, pas de rétrécissement du champ visuel. On ne peut donc, a ce qu'il nous semble, dans ce cas du moins, qualifier l'amnésie d'hystérique.

OBS. XIII. — Sérieux et Mignot. — *Débilité mentale, délire de persécution à base d'interprétations, épisode mélancolique, tentative de suicide par pendaison ; consécutivement, crises convulsives, amnésie rétro-antérograde, atténuation du délire.* (*Journal de psychologie normale et pathologique*, 1905, page 129).

Tentative de suicide par pendaison chez un homme atteint de débilité mentale, de délire de persécution à base d'interprétations. Crises convulsives. Amnésie rétro-antérograde ; amnésie rétrograde de conservation portant sur les quatre ou cinq heures antérieures à la tentative ; amnésie antérograde partielle, de conservation et de reproduction portant sur une période de près de quinze jours. Atténuation du délire.

Après avoir assisté à midi au déjeuner, X... rentra dans la chambre mise à sa disposition ; vers 5 h. 30, il demanda une corde à un domestique et ayant fixé cette corde au crochet de la fenêtre, il se pendit, les genoux touchant le sol. Le malade était dans cette attitude qui lors du suicide du prince de Condé donna lieu à une si vive controverse.

Presque aussitôt débarrassé du lien et porté sur un lit X. présenta une série d'accès convulsifs très intenses, avec morsures de la langue et des lèvres, mais sans incontinence des réservoirs. Les crises se succédèrent à intervalles rapprochés jusque vers 8 heures du soir ; à la suite survint un état comateux avec stertor, résolution complète, congestion de la face et des yeux, qui dura jusqu'à minuit ; à ce moment se produisirent quelques mouvements coordonnés mais la conscience ne revint que le 3 mai vers quatre heures du matin, soit douze heures environ après la tentative de pendaison.

X... fut amené à Ville-Evrard le 5 mai. L'examen somatique ne nous révéla ni troubles réflexes, ni troubles moteurs, ni troubles de la sensibilité, ni troubles sensoriels, ni trou-

bles pupillaires ; les urines ne contenaient ni sucre, ni albumine. Sur le bord droit de la langue et à la lèvre inférieure existaient des morsures assez profondes rendant la parole embarrassée. Au niveau des parties antérieures et latérales du cou, on voyait un sillon linéaire, rougeâtre, dont les extrémités se perdaient en arrière dans le cuir chevelu ; derrière les oreilles, on constatait des traces de sangsues.

Au cours de cet examen, la tenue du malade et ses discours dénotaient un état de satisfaction anormal aussi peu de temps après une tentative de suicide. Interrogé sur l'origine des lésions observées au niveau de la tête et du cou, X..., sans paraître y attacher d'importance, nous expliqua que « s'étant trouvé indisposé chez son frère, le médecin avait ordonné des sangsues ; le sillon du cou ne devait être que la trace produite par un col trop étroit ; les ulcérations de la langue provenaient d'une dent cariée. » Jointe à la satisfaction, la nature de ces réponses nous invita à étudier l'état de la mémoire du malade.

Le souvenir des faits anciens était conservé ; le malade lui-même nous avait fourni tous les renseignements rapportés ci-dessus concernant ses antécédents et son délire de persécution. Il précisait les dates éloignées, se souvenait de détails, par exemple de son numéro de tirage au sort, de son numéro matricule, etc.

Les événements immédiatement antérieurs au 2 mai, jour de la tentative de suicide, n'étaient également pas oubliés ; X... en faisait un récit circonstancié et exact : le dimanche 29 avril il avait dîné chez son père et l'on avait parlé à table de l'évènement du jour, de l'accident de la passerelle de l'Exposition. Il nous racontait enfin que le 2 mai, de grand matin, pour échapper à ses persécuteurs, il était venu chez son frère où il s'était couché, et que, sur l'invitation de sa belle-sœur, il s'était levé pour assister au déjeuner.

Les troubles de la mémoire commençaient à partir de cet

instant : l'amnésie rétrograde ne s'étendait donc que sur les quatre ou cinq heures antérieures à la tentative.

En questionnant le malade directement et sans ménagements sur les événements consécutifs on constatait que la plupart des faits survenus depuis le déjeuner du 2 mai jusqu'au 5 mai n'avaient pas été conservés par la mémoire. Tous les préparatifs du suicide étaient oubliés. La tentative de pendaison était énergiquement niée :« Certes, j'ai été très persécuté, très malheureux, mais ma force de caractère me permettra toujours de triompher des ennuis et de lutter contre l'adversité ».

Les troubles amnésiques contemporains de la pendaison avaient été constatés par l'entourage du malade : on avait remarqué que non seulement il ignorait sa tentative de suicide, mais encore qu'il oubliait au fur et à mesure tout ce qui se passait autour de lui. C'est ainsi que le médecin venu auprès de lui quatre ou cinq fois en trois jours fut obligé à chacune de ses visites de se présenter à nouveau, il n'était pas reconnu par son client.

L'amnésie antérograde n'était que partielle ; au moment où nous l'examinions, le malade se souvenait d'avoir été souffrant, d'être resté au lit, d'avoir reçu la visite d'un médecin dont il donnait un signalement détaillé, mais dont le nom lui échappait. Il se rappelait bien également les circonstances ayant accompagné son placement à Ville-Evrard et la supercherie employée par les siens pour le conduire, à son insu, à la maison de santé. Malgré la persistance de ces quelques souvenirs, X... se croyait ce jour là (5 mai) à la date du 3 mai, c'est-à-dire au lendemain de sa tentative de suicide. L'amnésie antérograde sans être absolue était donc du moins très marquée pour une période de quarante-huit heures.

A partir du jour de l'internement et pendant une quinzaine les troubles de la mémoire persistèrent, mais leur intensité alla progressivement en diminuant ; l'amnésie cons-

tatée pendant cette période était lacunaire et sans aucune systématisation. La perte des souvenirs s'étendait à quelques-uns des événements plus ou moins complexes auxquels le malade était mêlé : tel fait était oublié alors que le souvenir de tel autre persistait sans qu'il existât de différence perceptible dans leur importance ni d'autres raisons susceptibles d'expliquer cette sélection. Quelques exemples suffiront : le lendemain de son placement, X... avait oublié qu'il avait été interrogé par nous la veille et pourtant il nous reconnaissait. Il niait nous avoir écrit et demeura stupéfait quand nous lui mîmes sa lettre devant les yeux. Pendant plusieurs jours, il nous posa chaque matin les mêmes questions concernant sa situation au point de vue administratif, la date de sa sortie, les motifs de son internement, etc..., et il s'étonnait lorsque nous affirmions lui avoir déjà répondu à ces divers points. Malgré cela le malade savait où il était, connaissait le nom de personnes qui précédemment lui étaient étrangères, etc...

Des idées longuement développées par le malade ou d'une grande importance personnelle étaient oubliées, aussi bien que des faits de détails : après quelques jours X.. ne se souvint plus d'avoir écrit au procureur de la République pour protester contre sa séquestration. De même, quelques heures à peine écoulées, il perdit le souvenir d'une visite faite par lui dans le pavillon voisin et pourtant cette visite avait provoqué des associations d'idées complexes ; X... avait refusé de s'installer dans ce pavillon, le local étant occupé par des aliénés conscients et curables, il craignait d'être reconnu d'eux plus tard dans le monde et d'en subir un préjudice.

Le malade se rendait compte en partie des lacunes de sa mémoire, mais il s'efforçait de les dissimuler, soit en niant énergiquement les faits qu'on déclarait avoir existé, soit en mettant sur le compte d'une distraction passagère la perte du souvenir.

A partir du milieu de mai, c'est-à-dire une quinzaine après

le début de l'amnésie, nous ne constatâmes plus de nouveaux troubles de la mémoire mais aucun des souvenirs disparus ne fut récupéré ; le malade ne connaissait que par nous sa tentative de suicide.

Le délire de persécution, très actif au moment de la tentative de pendaison, subit à la suite de celle-ci une véritable rémission.

Dans les derniers jours d'avril le malade n'avait pas un instant de répit, il se sentait traqué de toute part et ne voyait autour de lui qne machinations destinées à assurer sa perte. A partir du 3 mai X... cessa de formuler des interprétations délirantes nouvelles ; il croyait toujours à la réalité de ses anciennes conceptions morbides et voyait même dans son internement une nouvelle preuve de la malveillance dont il était l'objet, mais le délire ne se développant plus sans cesse comme auparavant, au gré des événements journaliers, il ne subsistait qu'aux dépens du passé et ne provoquait plus cette anxiété et ce découragement qui avaient poussé le malade au suicide. En somme, la pendaison avait brusquemeut mis un terme au paroxysme du délire.

Après six semaines d'internement, l'atténuation des troubles mentaux devint telle qu'il fut possible de mettre le malade en liberté. Depuis nous l'avons perdu de vue.

OBS. XIV. — Delmas. — *Un cas d'amnésie par tentative de pendaison.* (*Société de psychiâtrie de Paris*, séance du 19 novembre 1908). — (*L'Encéphale,* année 1908 t, 2 p. 627).

Tentative de suicide par pendaison chez une femme de vingt-huit ans atteinte d'un délire de persécution. Etat de mort apparente, amnésie rétro-antérograde.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-huit ans atteinte d'un délire de persécution à base d'interprétations, tel qu'il a été

décrit en France par Sérieux et Capgras. Les accidents ont débuté chez elle en juin 1907 et ont nécessité un internement dans une maison de santé privée en janvier 1908.

Deux jours après son internement, le 18 janvier 1908, un samedi ; elle fait une tentative de pendaison. Le matin, elle avait pris une purge qu'elle avait vomie presque aussitôt, puis s'était levée, jusque là ses souvenirs sont parfaitement conservés.

Mais dès ce moment commence une courte période de laquelle elle a conservé seulement certains souvenirs. C'est ainsi qu'elle se rappelle avoir fait sa toilette, avoir mis une jupe noire et un corsage et avoir reçu des mains de la garde un livre qu'elle a commencé à lire. Mais, par contre, elle ne peut affirmer si elle a fait son lit avant ou après sa toilette ou si même elle l'a fait ; elle ne sait ni quand, ni comment la garde est descendue, ni ce qu'elle a pu lire dans le le livre que la garde lui avait remis.

Le fait qu'elle s'est mise à lire constitue son dernier souvenir.

La suite des évènements sont rapportés d'après ce qu'elle en a appris et d'après les renseignements de la famille.

La garde serait descendue pour aller chercher de l'eau chaude, par conséquent pendant peu de temps ; ce temps aurait suffi néanmoins à la malade pour déchirer la lisière de son drap et se pendre au pied de son lit.

Retrouvée dans cette situation par la garde, elle aurait été aussitôt secourue par le médecin qui l'a d'abord crue morte et ce n'est qu'avec beaucoup de peine qu'elle aurait pu être ranimée.

Elle n'a aucun souvenir de la journée du samedi qui a suivi, ni de la nuit du samedi au dimanche, ni de la journée du dimanche. Elle aurait été pendant tout ce temps un peu excitée et loquace, parlant de faits se rapportant surtout à son enfance.

Le dimanche soir seulement, elle commence à retrouver quelques souvenirs encore très imprécis et très parcellaires.

Elle a demandé « où suis-je ici ? » mais ne sait pas si on lui a répondu.

Elle a dormi dans la nuit du dimanche au lundi, et ce n'est que depuis le lundi matin que tous ses souvenirs sont parfaitement fixés et évoqués.

C'est à ce moment seulement qu'elle a appris par le médecin quelle avait tenté de se pendre et qu'elle a senti que son cou était douloureux. Elle portait au cou les traces d'un sillon qui était disposé symétriquement à gauche et à droite et se perdait seulement au niveau de la nuque.

En parlant de sa tentative, la malade dit : « je ne me rappelle ni avoir déchiré le drap ni avoir fait le nœud, je ne me rappelle pas non plus l'endroit où je me suis pendue... on m'a dit que j'avais les jambes repliées et touchant le sol ; il a fallu que j'aie une force de caractère que je ne comprends pas ».

Elle ne se rappelle pas d'ailleurs avoir eu avant la tentative, l'idée du suicide et il faut que celle-ci soit survenue au cours de la période sur laquelle porte l'amnésie rétrograde.

Un fait intéressant à noter c'est que la malade qui interprète à tout propos, a interprété aussi à propos de sa tentative de suicide et l'a incorporée à son délire. « Pour que je ne me rappelle pas ma tentative, dit-elle, il faut que j'aie agi malgré moi ; donc mon mari (le persécuteur) m'a fait hypnotiser et j'ai fait cela étant hypnotisée. »

OBS. XV. — Marchand. — *Etat de mal épileptiforme, confusion mentale et amnésie rétro-antérograde consécutifs à une tentative de pendaison.* (*Journal de neurologie* sous la direction de X. Francotte et J. Crocq, n° du 5 avril 1909).

P..., cultivateur, âgé de 46 ans, entre à l'asile de Blois le 26 décembre 1908.

Antécédents héréditaires. — Mère morte paralysée à l'âge de 67 ans, père très violent, nerveux, mort d'ulcère de l'estomac à l'âge de 75 ans.

Antécédents personnels. — P... est d'une constitution robuste ; il n'a jamais eu de maladie grave. A l'âge de 12 ans, de 15 ans et de 18 ans, il présenta des accès de mélancolie d'une durée très courte. A l'âge de 20 ans, il eut un nouvel accès qui dura six mois. P... fit quatre ans de service dans un régiment d'infanterie coloniale et était sous-officier au moment de sa libération. A l'âge de 27 ans, il reçut un éclat de fer dans l'œil droit ; la blessure détermina une opacité de la cornée ; la vue est perdue de ce côté. A l'âge de 34 ans, nouvel accès de mélancolie qui disparut sans traitement au bout de cinq ou six mois. P... se maria à 39 ans ; il a actuellement un enfant âgé de 9 ans. Dans l'intervalle des accès de mélancolie, P..., avait un caractère très gai.

Au mois de novembre 1908, pendant un séjour au bord de la mer, P... est pris brusquement de l'idée obsédante de tuer son enfant. Sous l'influence de cette idée, il devient triste ; il a peur d'être obligé d'accomplir des actes dangereux. Traité dans une maison de santé, il en sort un mois après sans présenter aucune amélioration.

Outre l'idée obsédante de tuer son enfant, il est pris d'impulsions à des actes ridicules ; il est poussé irrésistiblement à imiter le cri des animaux, quelques jours plus tard, il est atteint d'idée de suicide et tente une première fois de se pendre.

P..., entre à l'asile de Blois le 26 décembre 1908 ; il est obsédé par l'idée qu'il aurait pu faire du mal à sa femme et à son enfant, l'obsession au suicide persiste. P... à conscience de ses troubles mentaux ; il manifeste également quelques idées hypochondriaques. Au cours du mois de janvier on note une certaine amélioration dans son état, seule l'idée obsédante de suicide est aussi prononcée.

16 février 1909. P..., à 7 heures du matin, fait une tenta-

tive de suicide ; il se pend à l'espagnolette de la fenêtre de sa chambre au moyen d'une corde à laquelle il avait fait un nœud coulant ; les pieds touchaient le sol. L'infirmier qui était chargé de sa surveillance ne l'avait laissé seul que quelques minutes ; on peut évaluer à six minutes le temps que P... est resté pendu.

Au moment où P... est délivré, il a perdu complètement connaissance, la face est cyanosée ; les membres sont en résolution complète ; les réflexes cutanés, tendineux et pupillaires sont abolis ; le pouls est à peine perceptible et rapide ; la respiration est complètement suspendue.

On ne constate aucune fracture ou déformation du larynx ; pas d'émission d'urine, de matières fécales, de sperme.

On pratique immédiatement la respiration artificielle, les tractions rythmées de la langue et la flagellation des membres. Au bout de quelques minutes, on obtient une inspiration et dans la suite les mouvements respiratoires deviennent de plus en plus fréquents ; ils sont normaux une demi-heure après le début de l'intervention.

Le pouls est à ce moment nettement perceptible et précipité.

A 9 heures 1/2, P..., qui n'avait pas repris connaissance, est atteint de crises convulsives présentant les caractères des crises épileptiques ; les accès se succèdent sans interruption pendant une heure et demie.

L'état du malade est alors comparable à celui des épileptiques en état de mal. La température est de 38°,1 ; le pouls est très rapide (160 pulsations par minute). Les crises débutent par une phase tonique durant environ trente secondes ; pendant cette période, les membres inférieurs sont contracturés en extension, les membres supérieurs en demi-flexion ; le corps est en orthotonos et dans certaines crises en opisthotonos. Après cette phase apparaît une période très courte de clonisme ; les secousses musculaires sont très limitées ; une bave spumeuse s'écoule de la bouche ; la crise se termine par une période de relâchement musculaire incomplète.

On constate pendant cette phase que les réflexes patellaires sont très exagérés, spasmodiques ; les réflexes cutanés plantaires sont absents. Pendant toute la période de l'état de mal, les réflexes pupillaires sont complètement abolis ; la pupille gauche, seule pupille que l'on peut examiner, est moyennement dilatée. P... a gâté plusieurs fois au cours de ses accès ; la face est violacée et la sueur profuse sur tout le corps. On constate un piqueté hémorragique à la face externe des cuisses.

Comme traitement, nous ordonnons un lavement purgatif ; nous pratiquons une saignée de 200 grammes ; plusieurs sinapismes sont appliqués aux membres inférieurs.

A 10 heures 1/2, les crises s'espacent ; les mouvements convulsifs sont moins violents ; à 11 heures elles ne se reproduisent plus. P... est dans un état comparable à l'individu frappé d'apoplexie cérébrale. La sensibilité et les mouvements sont abolis ; les réflexes pupillaires sont absents ; le pouls est de 120 pulsations par minute.

Le même état persiste les heures suivantes ; la température est de 37°9 à cinq heures du soir.

11 février. — A 9 heures du matin P... a repris connaissance ; il semble chercher à reconnaître ce qui se passe autour de lui ; il ne peut prononcer aucun mot ; il entend cependant et donne la main quand on la lui demande, il semble faire effort pour exécuter les moindres mouvements. P... ne peut écrire, il a de la difficulté à tenir un crayon. Râles bronchiques disséminés. Les réflexes pupillaires sont normaux, les réflexes patellaires sont forts ; pas de troubles de la sensibilité objective ; la température axillaire est de 37°3 le matin et de 38°3 le soir. P..., a pu avaler un peu de lait. Sillon non parcheminé surtout marqué au niveau du côté droit du cou.

12 février. — P... peut parler, la voix est bitonale ; la confusion dans les idées est très prononcée. P... sait qu'il est à l'asile de Blois, il croit qu'il n'est ici que depuis

15 jours ; on est, d'après lui, au mois de décembre 1900 ; il ne sait pas son âge; il dit tantôt qu'il a 38 ans, tantôt 40 ans. Il trouve facilement le nom des objets usuels, mais il ne peut dire le nom des personnes qui le soignent. Interrogé sur sa tentative de suicide il se souvient qu'il a essayé de se pendre « avec une petite corde, dit-il, qui servait à amuser son enfant ». Il dit d'abord que la tentative a eu lieu dans la salle des bains, puis à la patère du dortoir et il montre l'endroit du doigt.

Il prétend qu'il s'est décroché lui-même, car il tient à la vie. Les troubles amnésiques entraînent une tendance prononcée à la fabulation ; P... raconte qu'il a été se promener hier à Brest sur le port il donne des détails sur sa promenade ; il dit ensuite qu'il a été au marché de C... il y a huit jours ; il a fait des emplettes ; il a acheté un cheval, P... donne tous ces détails avec la conviction que tout ce qu'il raconte est exact.

La mémoire de fixation est complètement abolie. P... ne se rappelle rien de ce qui s'est passé la veille ; le soir il ne peut dire ce qu'il a fait le matin. P... a conscience de ce trouble.

Les réflexes oculaires sont normaux ; les réflexes patellaires sont très exagérés, les mouvements sont mal assurés ; la marche est instable ; l'écriture est tremblée, des mots et des lettres sont omis. La température est de 37° le matin et 37°9 le soir.

13 février. — P... a causé toute la nuit ; il se levait à chaque instant et demandait à partir chez lui. Même état de confusion mentale. P... ne peut encore dire son âge ; il ne sait pas en quelle année nous sommes, il croit qu'il a été au marché de C... il y a trois semaines. Mêmes troubles amnésiques portant sur les faits de la veille. La voix est encore bitonale. La température est de 37° 7 le matin et de 37°,3 le soir. Teinte subictérique des conjonctives.

14 février. — P... a dormi très peu la nuit ; il a deman-

plusieurs fois sa femme, puis il s'est remémoré les divers faits de son existence ; les idées sont toujours confuses ; il ne peut donner aucun fait récent avec exactitude. Il ne se souvient plus qu'il a fait une tentative de suicide et proteste quand on lui en parle. Les mouvements musculaires sont encore mal assurés, la température est de 37°4 le matin et de 37°8 le soir.

15 février. — Même état de confusion mentale. P... est très loquace ; la fabulation est très prononcée ; il invente de toutes pièces des faits qui n'ont jamais existé. Mêmes troubles de la mémoire de fixation. P... ne peut se souvenir des faits qui ont eu lieu depuis quelques jours. La température est de 37°4 le matin et de 37°7 le soir. L'écriture est moins tremblée ; quelques mots sont encore omis.

16 février.—P...ne se rappelle plus sa tentative de suicide ; sa mémoire est très troublée pour les faits récents et les noms propres ; il dit qu'il a 38 ans, qu'on est en 1900 ; puis il dit en 1907, en 1908, il a conscience de ces troubles.

P... porte au pli du coude gauche une plaie résultant de la saignée qu'on lui a faite le jour de sa tentative de suicide, il prétend que cette plaie existe depuis trois semaines ; c'est une épine qui l'aura piqué et il est survenu un abcès.

La teinte subictérique des conjonctives est moins prononcée.

La température axillaire est de 37°4 le matin et de 37°6 le soir.

La voix n'est plus bitonale ; le sillon du cou est encore apparent.

17 février. P... est plus calme : les troubles de la mémoire sont moins accentués.

La mémoire de fixation est moins troublée, P... se rappelle que nous avons appliqué la veille un pansement au niveau de son coude. La température est de 37° 1 le matin et de 37° 5 le soir.

18 Février. — P... présente encore quelques lacunes de

la mémoire portant sur les faits récents et sur les noms propres ; il n'a gardé aucun souvenir de sa tentative de suicide. La température axillaire est de 37° 3 le matin et de 37° 5 le soir.

19 février. — La température est de 37°2 le matin et de 37°4 le soir. Même état mental.

20 février. — La confusion des idées est complètement disparue ; il persiste encore quelques troubles amnésiques. La température est de 37°2 le matin est de 37°4 le soir.

25 février. — P...donne facilement les noms propres des personnes qui le soignent. La mémoire de fixation est normale ; il persiste encore de la lenteur dans la recherche des dates. L'écriture est normale. L'état mental est exactement le même que celui que présentait le malade avant sa tentative de suicide ; il craint d'être poussé encore à se suicider et manifeste quelques idées hypochondriaques.

VIII. – CONCLUSIONS

A. — On peut décrire *trois formes d'amnésies asphyxiques* :

1° l'amnésie de l'acte et des circonstances qui l'ont précédé, ou amnésie asphyxique simple, dite par certains auteurs, amnésie rétrograde ;

2° l'amnésie asphyxique rétro-antérograde ;

3° l'amnésie asphyxique antérograde de conservation et de reproduction.

Ces variétés d'amnésies sont le plus souvent localisées et complètes, enlevant au sujet la notion de toute une partie de son existence.

Enfin ce sont des amnésies soudaines, passagères et presque toujours fonctionnelles. Nous n'avons trouvé qu'un cas (Obs. III) d'amnésie organique.

B. — Ici, comme dans tous les cas d'amnésie, le *diagnostic* n'est réellement difficile que dans les cas de simulation. Il sera fait dès que l'on aura acquis la notion indispensable de l'asphyxie initiale dont nous ferons préciser les circonstances. Il sera affirmé si nous trouvons dans l'évolution des symptômes un rapport de similitu-

de plus ou moins étroit avec l'ensemble des cas rapportés.

C.— Le *pronostic* est favorable. Sans doute, dans l'une de nos observations, le malade a évolué vers la démence, mais c'est là un fait exceptionnel.

Pourtant l'affection est en réalité le plus souvent incurable, l'amnésie étant définitive.

D. — *Au point de vue médico-légal*, nous avons vu l'importance qu'on doit attribuer à ces faits.

Le témoignage pourra être aboli ou inconsciemment faussé. Au criminel certains événements, certaines attitudes pourront paraître très suspectes à un magistrat instructeur n'ayant pas la connaissance de ces états amnésiques.

Au civil, les personnes pourront être lésées dans leurs intérêts.

E. — Pour la pathogénie nous avons cru devoir, avec Joffroy et Wagner attribuer les phénomènes pathologiques à un *trouble de la circulation*. Cette opinion est basée, d'une part sur les constatations faites au cours de la période de ranimement (irrégularités et petitesse du pouls, période de congestion), d'autre part sur le mode de production de l'asphyxie (compression des gros vaisseaux du cou dans la pendaison). Nous avons cru trouver un bon argument dans ce fait que, pour notre noyée, il y eut syncope au moment de l'entrée dans l'eau, syncope dont l'existence est bien établie par la longue durée de la sub-

mersion n'ayant entraîné ni la mort ni aucun accident du côté des organes respiratoires.

Vu :
Le Président de thèse,
RAYMOND.

Vu : *le Doyen*,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

IX. — BIBLIOGRAPHIE

Arnozan.— *Mém. et bull. de la soc. de méd. et chir., de Bordeaux* 1887, p. 589.

Balilée.— L'amnésie alcoolique. Thèse de Paris, 1886.

Bain.— La philosophie scientifique en Angleterre. *Revue scientifique*, 1873, p. 247.

Ball.— Leçons sur les maladies mentales.

Ballet (Gilbert). — Traité de pathologie mentale.

Benon.— Les amnésies. *Gazette des hôpitaux*, 1608, p. 795.

Benon et **Wladoff.**— Les amnésies asphyxiques par pendaison, strangulation, submersion, etc., au point de vue clinique et médico-légal. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, n° de Mai 1908.

Biaute.— Cité par Terrien. *Le Progrès médical*, 1887, (17 septembre).

Bondon.— L'amnésie dans la paralysie générale, Thèse de Paris, 1886-1887.

Bourneville. — Cité par Terrien. Un cas d'asphyxie par strangulation, abaissement considérable de la température ; guérison. *Le Progrès médical*, 1887 (17 Septembre).

Brouardel.— Pendaison, strangulation, suffocation et submersion.

Delmas. — Un cas d'amnésie par tentative de pendaison. *L'Encéphale* (1908, t. 2, p. 627).

Dromard et **Levassort.**— L'amnésie au point de vue séméiologique et médico-légal.

Dugald-Stewart. — Philosophie de l'esprit humain.

Dunn. — *The Lancet* 1845 (november 15-29).

Ehrmann. — Recherches sur l'anémie cérébrale. Thèse de Strasbourg 1858.

Falret. — Article « *amnésie* » *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

Féré. — La pathologie des émotions.

Féré et **Breda**. — Tentative de suicide par pendaison ; amnésie rétroactive ; modification du délire. *Archives de neurologie*, 1886, t. 12, p. 377.

Fleischmann. — Des différents genres de mort par strangulation. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1832, 1re série t. 8, p. 412.

Garnier. — Les amnésies. *Le Bulletin médical*, 1903, p. 9.

Griesinger. — Traité des maladies mentales.

Guéneau de Mussy. — *Recueil d'ophthalmologie.*

Hartley. — Les sensations d'un noyé. *Revue scientifique*. 1894.

Joffroy. — Amnésie rétro-antérograde consécutive à la pendaison. *Revue neurologique*, 1900, p. 352.

Kusmaull. — Les troubles de la mémoire (Traduction Rueff).

Lacombe. — Amnésie ; principales formes et plus spécialement l'amnésie traumatique au point de vue médico-légal ; Thèse de Paris, 1903.

Laennec.— Etat syncopal prolongé causé par une tentative de strangulation opérée avec les mains. *Journal de médecine de l'Ouest*. Nantes, 1878.

Legrand du Saulle. — *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 1164.

Littré. — *Dictionnaire de médecine.*

Luhrmann. — Convulsions et amnésie après retour à la vie chez les pendus (Ueber Krampfe und Amnésie nach Wiederbelebung. Erhangter), Dresde. Allgemeine Zeitschr. für Psychiatrie, t. LII, fasc. 1, p. 185, 1895. *Revue neurologique*, 1895, p. 565.

Luys. — Le cerveau et ses fonctions.

Marchand. — Etat de mal épileptiforme, confusion mentale et amnésie rétro-antérograde consécutifs à une tentative de pendaison. *Journal de neurologie.*

Motet. — Note sur l'amnésie temporaire. *Union médicale*, 1879 t. 27 p. 950.

Nijégorodeff. — Soc. de psych. de Petersbourg. *Revue neurologique*. 1899. p. 438.

Perrin. — Article : *asphyxie. Dictionnaire des sciences médicales.*

Régis. — Amnésie rétrograde après tentative de suicide par pendaison. *Archives cliniques de Bordeaux*, 1894, tome 3, p. 520.

Ribot. — Les maladies de la mémoire.

Richet.— Article : *amnésie. Grande encyclopédie.*

Rouillard. — Les amnésies principalement au point de vue étiologique. Thèse de Paris, 1885.

Schule. — Traité clinique des maladies mentales. (Traduction Dagonet Duhamel).

Séglas et **Sollier**. — *Archives de neurologie*, 1890.

Sérieux et **Mignot**. — Tentative de suicide par pendaison ; consécutivement, crises convulsives, amnésie rétro-antérograde, atténuation du délire. *Journal de psychologie normale et pathologique*, 1905 p. 129.

Sollier. — Les troubles de la mémoire.

Tardieu.— Etude médico-légale sur la strangulation. *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1859, 2e série t. 11.

Etude médico-légale sur la pendaison, la strangulation et la suffocation.

Terrien.— *Le Progrès médical*, 1887. (17 septembre.)

Toulmouche. — Asphyxie par strangulation. *Annales*, 1868, 2e série, t. 29, p. 193.

Tourdes. — Article : *strangulation. Dictionnaire des sciences médicales.*

Vibert. — Médecine légale.

Wollenberg. — *Arch. f. psychiâtrie*, t. 31, f. 1 et 2, 1898. *Revue neurologique*, 1899, p. 189.

TABLE DES MATIÈRES

I. — Introduction. 9
II. — Généralités. 14
A. — De la mémoire. 14
B. — De l'amnésie. 21
III. — Etude clinique des amnésies asphyxiques. 29
A. — Formes cliniques. 29
1° Amnésie asphyxique simple. 31
2° Amnésie asphyxique rétro-antérograde. . . . 33
3° Amnésie asphyxique antérograde. 34
B. — Diagnostic. 36
IV. — Pronostic. 40
V. — Pathogénie. 43
VI. — Médecine légale. 55
VII. — Observations. 60
Obs. I. — Dunn 60
Obs. II. — Griesinger. 71
Obs. III. — Schüle 72
Obs. IV. — Feré et Bréda. 73
Obs. V. Terrien. 78
Obs. VI. Régis. 80
Obs. VII. — Lührmann. 82
Obs. VIII. — Lührmann. 83
Obs. IX. — Lührmann. 83
Obs. X. — Wollenberg. 83
Obs. XI. — Nijegorodeff. 84
Obs. XII. — Joffroy. 84
Obs. XIII. — Sérieux et Mignot. 88
Obs. XIV. — Delmas. 92
Obs. XV. — Marchand. 94

VIII. — Conclusions. 101
A. — Formes cliniques. 101
B. — Diagnostic. 101
C. — Pronostic. 102
D. — Médecine légale. 102
E. — Pathogénie. 102
IX. — Bibliographie 105

Angoulême. — Imprimerie L. COQUEMARD et Cie